Nr. 5. 29. stycznia 1933 Rok XII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. J. EICHEL i Dr. W. GRABOWSKI. Lwów.

O całkowitych naświetlaniach promieniami Roentgena w leczeniu białaczek przewlekłych.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Leczenie przewlekłych białaczek stało się zadaniem wdzięczniejszem od czasu zastosowania energji promienistej, a mianowicie naświetlań promieniami Roentgena, zapoczątkowanych w roku 1902 przez amerykańskiego chirurga Senna. Ze wszystkich bowiem środków leczniczych polecanych w ostatnich dziesiątkach lat, jedynie arsen i promienie Roentgena (prom. Rtg.) zachowały po dziś dzień swe dominujące stanowisko w arsenale leczniczym białaczek.

Dzięki tym środkom, a w szczególności dzięki prom. Rtg. możemy przebieg choroby, zasadniczo nieuleczalnej, znacznie złagodzić, bądźto zmniejszając dolegliwości bądź, co ważniejsze, uzyskując długie remisje choroby, w czasie których chorzy prawie żadnych objawów chorobowych nie wykazują i są zdolni do prowadzenia normalnego trybu życia i wykonywania pracy zawodowej.

Pozostawiając kwestję działania arsenu jako środka bądź co bądź pomocniczego na uboczu, przejdziemy do szczegółowego omówienia mechanizmu działania i techniki stosowania naświetlań prom. Rtg. Doświadczenia uzyskane z tem naświetlaniem pozwoliły na określenie ściślejszych wskazań do ich stosowania, a dawkowanie ich, zależnie od sprawy chorobowej musi być ściśle indywidualne tak, jak w lecznictwie farmakologicznem. Lecznicze stosowanie prom. Rtg. we wielu stanach chorobowych opiera się do pewnego stopnia na założeniach czysto teoretycznych, a korzystne wyniki empiryczne tegoż niezawsze udają się dostatecznie uzasadnić.

Odnośnie do schorzeń krwi, czysto empiryczne wyniki Senna znalazły potwierdzenie w doświadczeniach na zwierzętach, wykonanych przez Heineckego, Krausego i Zieglera (wg. Flaskampia), które wykazały niezaprzeczony wpływ prom. Rtg. na schorzały układ krwiotwórczy, wpływ wybiórczy na pewne jego części, sprawiając, że oprócz schorzeń nowotworowych schorzenia układu krwiotwórczego stanowią największą domenę dla stosowania prom. Rtg. Jakkolwiek na podstawie dotychczasowych doświadczeń do unikatów należą przypadki, opisywanych wyleczeń białaczki, to jednak musimy się zgodzić z Wetterer em, który twierdzi, że zaniechanie naświetlań w przypadkach białaczek przewlekłych jest błędem w sztuce lekarskiej (Cyt. u Bardachzi'ego, Epsteina i Fiedlera). Dotychczas nie posiadamy wystarczających danych statystycznych dla ujęcia cyfrowego wyników leczniczych, uzyskiwanych przez systematyczne stosowanie naświetlań prom. Rtg. W r. 1924 Minot, Brukman i Isoves porównali przebieg choroby w 131 przypadkach białaczki przewlekłej, z których 52 nie było naświetlanych. Chorzy naświetlani żyli przeciętnie 3.50 lat, nienaświetlani 3.04 lat, czyli, że przedłużenie życia przez naświetlanie wynosiło 0,46 roku. Hoffmann i Crover zestawili w 1931 r. 82 przypadków białaczki przewlekłej. Przeciętny okres życia po naświetlaniach wynosił: 2,62 roku; przeciętne przedłużenie życia po naświetlaniach było o 30% dłuższe, niż w nienaświetlanych przypadkach Minot'a. Istotne zaś przedłużenie życia po naświetlaniu wynosiło 2,13 roku.

Na wytłumaczenie mechanizmu działania przytaczają różni autorowie różne teorje, które nie wyjaśniają ostatecznie tej zawiłej kwestji. Jak wiadomo, dotychczas stosowano najczęściej w białaczkach przewlekłych naświetlania prom. Rtg. częściowe i to bądź naświetlania samej śledziony, bądź też śledziony i gruczołów, jak naprzykład w białaczkach limfatycznych. Holzknecht wprowadził jako odrębną metodę naświetlania wątroby, śledziony i kości długich.

Działanie prom. Rtg. ogranicza się tylko do bezpośrednio naświetlanych części systemu krwiotwórczego, na części zaś odległe działają tylko pośrednio *(Fernwirkung)*. Działania te polegały przedewszystkiem na wywołaniu spadku, i to bardzo nieregularnego, ilości ciałek białych krwi obwodowej, dając stosunkowo krótkie remisje objawów chorobowych, zwykle z następowem pogorszeniem, w którym to czasie kontynuowano naświetlania, przyczem najczęściej dochodzono do okresu, w którym naświetlania częściowe nie dawały żadnego efektu, wzgl. efekt bardzo słaby; w innych zaś przypadkach stale postępująca niedokrwistość lub powikłanie przebiegu chorobowego (skaza krwotoczna, kacheksja i t. p.) prowadziły do zejścia śmiertelnego mimo stosowanego naświetlania.

Bardachzi, Epstein i Fiedler przyjmują zgodnie z Morawitzem i Hirschfeldem, że w przypadkach białaczek, dotąd nienaświetlanych wystarczy tylko naświetlanie śledziony, a w każdym razie należy go spróbować. Tkanka śledzionowa jest bowiem bardzo wrażliwa już na mierne dawki promieni, które wywołują tak w krwi krążącej jak i w narządach zdrowych i chorych charakterystyczne zmiany histologiczne. Badania Windholz'a wykazały już w 14 godzin po zastosowaniu 12 jednostek Holzknechta w 3 dniach, zmiany wsteczne w komórkach jako efekt działania bezpośredniego promieni, zmiany wtórne w tkance łącznej podstawowej oraz zwiększoną czynność zaczynów w tkance naświetlanej. Musimy przyznać, że mamy tu do czynienia z procesami bardzo skomplikowanemi, na wytłumaczenie których należałoby wspomnieć o tych wszystkich rozważaniach, które przytaczają liczni autorzy w badaniach doświadczalnych nad biologicznem działaniem prom. Rtg. (Bignami). Naogół można przyjąć w białaczkach działanie bezpośrednie promieni na narządy naświetlane, oraz działanie pośrednie natury dotąd niezbadanej, które można przypisać albo promieniom wtórorzędnym, albo obecności powstałych ciał proteinowych z rozpadłych pod wpływem promieni elementów lub obu tym czynnikom razem (Bignami). Zarówno działanie bezpośrednie na narządy naświetlane i działanie na tkanki odległe nienaświetlane *(Fernwirkung)* znajduje potwierdzenie w doświadczeniach i obserwacji wielu autorów. (Bignami, Némenov, Walterhöfer, Linser i Sick). W działaniu promieni na układ krwiotwórczy trzeba wyróżnić oddzielnie działanie na układ leuko- i erytropoetyczny, uwarunkowane odmienną wrażliwością obu tych tkanek.

Jeśli chodzi o zachowanie się ciałek czerwonych (c. cz.) w przypadkach białaczek naświetlanych prom. Rtg., a korzystnie oddziaływujących, to można stwierdzić w nich stały wzrost ilości c. cz., które mogą nawet dojść do normy, przyczem formy patologiczne znikają (Beclère). W przypadkach białaczki limfatycznej wzrost c. cz. jest mniejszy, co pochodzi stąd, że przy przeważnie pozaszpikowem usadowieniem guzów limfatycznych białaczkowych bodziec promieni nie działa na protoplasty ciałek czerwonych (Bignami). Niektórzy autorzy jak: Courmont i Dufourt, David i Desplats obserwowali w początkowym okresie naświetlań przejściowy spadek c. cz.

W układzie leukopoetycznym, jak podkreślają zgodnie wszyscy autorzy, prom. Rtg. powodują zmniejszenie leukocytów krwi krążącej, zwłaszcza w stanach ich patologicznego wzmożenia (wg. Isaacs'a po przejściowym wzroście) wywołując dojrzewanie form młodych, nie niszcząc ich (Isaacs).

Wpływ ten przypisują obecności pewnych ciał, czy substancyj powstałych jako następstwo naświetlań jak: leukolizyna, produkt sekrecyjny makrofagów, dzięki której niszcząca czynność leukocytów krwi obwodowej jest ułatwiona, (David i Desplats, Linser i Halber), czyto ferment leukolityczny (Krause), lub jakieś ciało podobne do choliny (Grawitz, Walterhöfer), czyto jakieś ciało leukotoksyczne, powstałe przy rozpadzie leukocytów (Linser i Sick) (Cyt. wg. Némenova). Isaacs tłumaczy zjawisko początkowego wzrostu leukocytów, zniknięcie postaci młodych z następowym spadkiem leukocytów przez wydzielanie śliną postaci dojrzałych, pobudzonych do wędrówki (leukocyty o jądrze płatowem) i przewodem pokarmowym (limfocyty) — podczas gdy postacie młode w wędrówce tej udziału nie biorą.

Odmiennie tłumaczy przejściowy wzrost leukocytów po naświetlaniu Bignami, który przyjmuje za jego przyczynę podrażnienie narządów krwiotwórczych z następowem przedostaniem się elementów młodych do krwi — podczas gdy Walterhöfer przyjmuje wypływ leukocytów do krwi bezpośrednio z narządów naświetlanych z następowym okresem wahań, prowadzącym do ich spadku. Według Némenova prom. Rtg. działają naprzód na

leukocyty krwi krążącej, następnie zaś na narządy krwiotwórcze. Zwiększenie ilości leukocytów bezpośrednio po naświetlaniach nazywa M i l a n i „kryzami leukocytarnemi", które idą w parze z objawami ogólnemi jak zwyżka ciepłoty, obrzęk śledziony i gruczołów.

Autor ten uważa za najważniejsze działanie prom. Rtg. działanie pośrednie, które tłumaczy podrażnieniem leukocytów i wzmożeniem ich fizjologicznych sił obronnych.

Jak już kilkakrotnie podkreślaliśmy, dotychczasowe metody naświetlania polegały na naświetlaniach częściowych, które przez wpływ bezpośredni na naświetlane narządy powodowały zmiany w składzie krwi. Jednakowoż przyjąć należało jeszcze bliżej nieokreślone działanie pośrednie na odległe ogniska krwiotwórcze rozsiane w całym ustroju. T e s c h e n d o r f (r. 1925) wyszedł z założenia, iż należy zadziałać w białaczkach przewlekłych przez naświetlenie całego ustroju na wszystkie miejsca wytwarzania się leukocytów i przez to stworzył metodę naświetlań całkowitych (t. zw. kąpieli rentgenowskich), które są przedmiotem niniejszych rozważań.

Myśl homogennego naświetlania całego ciała ludzkiego podał jeszcze D e s s a u e r w r. 1905 proponując, ażeby w przypadkach nowotworów złośliwych naświetlać chorego przy pomocy 3 lamp rentgenowskich, obejmujących całe ciało.

Na szczęście, jak to podkreśla H o h l f e l d e r metoda ta stosowana nie była, ze względu na wymagany długi czas dla tego rodzaju naświetlań. Jak bowiem wiemy z doświadczeń na zwierzętach, dawki proponowane przez Dessauera były tak duże, że już w krótki czas po naświetlaniu następowało zejście śmiertelne (N a t e r i S c h ü n t z). Metoda T e s c h e n d o r f a (r. 1925) polega na naświetlaniu całego ustroju z odległości 1.80 m — 2 m w ten sposób, iż całe ciało zostaje objęte przy użyciu aparatury do terapji głębokiej, dającej 170 Kv eff. a przy filtracji przez filtr miedziowy. Dawki stosowane przez Teschendorfa wynosiły ½—2% dawki rumieniowej. W rozłożeniu naświetlań kierował się on jedynie obrazem krwi w szczególności krzywą leukocytarną, a uzależniał częstość naświetlań od spadku ilości ciałek białych (c. b.). W chwili, kiedy ilość ta zmniejszyła się do pewnej granicy i zmniejszenie liczby c. b. nie postępowało, aplikował dalsze dawki aż do uzyskania spadku c. b. prawie do wartości prawidłowych. Wedle ostrzeżeń autorów należy przerwać leczenie prom. Rtg. w chwili. gdy ilość c. b. spadnie do 50.000, a już w żadnym wypadku nie należy kontynuować naświetlań przy spadku c. b. do 20.000.

Obserwacje T e s c h e n d o r f a wykazały, iż przy wymienionych dawkach ½—2% dawki rumieniowej następuje szybki spadek ilości c. b., stan ogólny chorego poprawia się, powiększona śledziona wzgl. gruczoły zmniejszają się zwolna lecz stale, choć nie tak szybko jak w naświetlaniach częściowych.

Ilość c. cz. wraz z Hb wzrasta, ilość elementów patologicznych zmniejsza się. Zaletą metody Teschendorfa jest naszem zdaniem słabszy odczyn ogólny, aniżeli po naświetlaniach częściowych, oraz małe obciążenie skóry, co pozwala na nieograniczone stosowanie tej metody naświetlania.

Zarazem, jak podnosi Teschendorf, przypadki białaczek przewlekłych, nieoddziaływujące już na naświetlania częściowe, oddziaływały korzystnie na naświetlania całkowite.

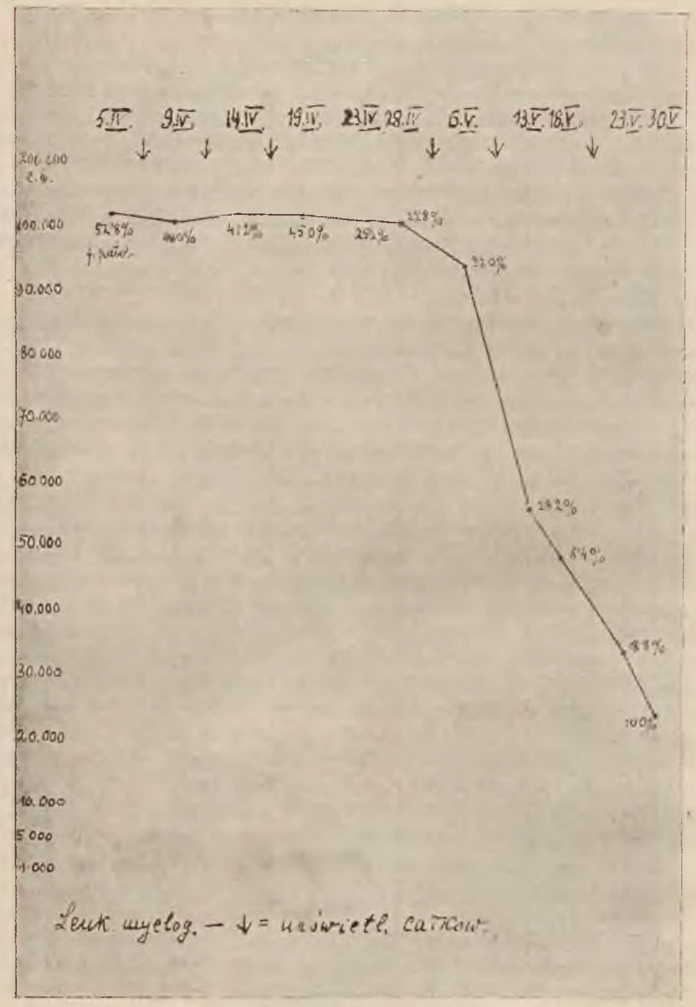
Niezależnie od Teschendorfa podał w r. 1931 D a l e metodę naświetlań białaczek przewlekłych prom. Rtg., która również polega na naświetlaniach całkowitych, z odległości 1 m przez filtr 0,5 Zn. Naświetlał on codziennie, zależnie od obrazu krwi, aplikując nieraz przez okres 5 tygodni dawki, dochodzące od 1/10—4/5 dawki rumieniowej. Uważa on tę metodę za bardziej oszczędzającą chorego i nigdy nie obserwował odczynów ogólnych. Wyniki jego pokrywają się naogół z wynikami Teschendorfa.

Opierając się na pracy Teschendorfa i Dale'a przeprowadziliśmy leczenie całkowitem naświetlaniem prom. Rtg. (kąpiele) u 19 chorych klinicznych, a to w 7 przypadkach białaczki szpikowej przewlekłej, w 1 przypadku białaczki szpikowej ostrej, w 1 przyp. *myelosis aleucaemica,* w 3 przyp. białaczki limfatycznej przewlekłej, w 2 przyp. *lymphadenosis subleucaemica,* w 2 przyp. czerwienicy, w 2 przyp. ziarnicy złośliwej i w 1 przyp. dychawicy oskrzelowej. Z powyższych przypadków większość (14) naświetlaliśmy met. Teschendorfa, pozostałe (5) met. Dale'a.

Dziwnem mogłoby się wydawać zastosowanie tego leczenia w przypadku białaczki szpikowej ostrej, która jak wiadomo stanowi przeciwwskazanie do stosowania naświetlań: w przypadku tym jednak chcieliśmy spróbować, o ile metoda ta może zmodyfikować przebieg tej ostrej i niczem nie dającej się opanować choroby. 3-krotne naświetlania całkowite przy zastosowaniu dawki skórnej 5 r. nie zmieniło w niczem przebiegu choroby.

W 7 przypadkach naświetlanych białaczek szpikowych przewlekłych uzyskaliśmy w krótkim przeciągu czasu, już po kilku naświetlaniach całkowitych znaczny spadek c. b. dochodzący w 2 przypadkach do 1.800 wzgl. do 2,400 c. b. przy dobrym stanie ogólnym i samopoczuciu chorych. W niektórych przypadkach po pierwszych naświetlaniach można było zauważyć przejściowe zwiększenie się ilości c. b., które po kilku dniach samoistnie ustępowało.

Nie obserwowaliśmy żadnych odczynów ogólnych, tak częstych i przykrych po naświetlaniach częściowych. W żadnym przypadku nie wykazano spadku c. cz., a przeciwnie we wszystkich prawie przypadkach osiągnięto w krótkim czasie wzrost ich z równoczesnym wzrostem Hb. Co prawda we wszystkich przypadkach naświetlanych stosowaliśmy równocześnie, jako jedyne leczenie wewnętrzne preparaty arsenowe. W stanie przedmiotowym stwierdzaliśmy powolne, lecz stale zmniejszanie się powiększonej śledziony, w mniejszym stopniu wątroby, oraz zmniejszanie się powiększonych gruczołów obwodowych. Nasze przypadki przewlekłej białaczki szpikowej były w większości dotychczas nienaświetlane; a nieliczne z nich naświetlane dawniej met. częściową w tut. Klinice — po przerwie przynajmniej rocznej.

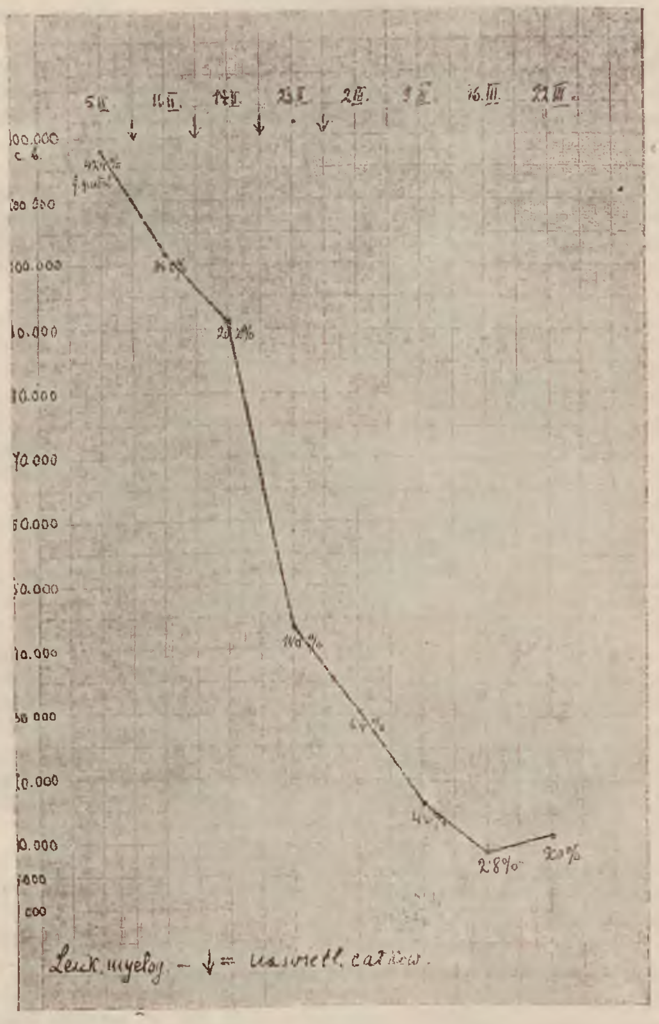


Wykres 1.

Dla zobrazowania naszych wyników przedstawiamy poniżej krzywe 2 przypadków białaczki szpikowej przewlekłej.

Jeden z naszych przypadków zasługuje na szczególną uwagę: dotyczy on chorej M. K., która była w r. 1927 leczona na naszej klinice z powodu początkowych zmian specyficznych w płucach (Rozpozn. klin.: *Infiltr. tbc. apicis dextri, Lymphadenitis gland. peribronch.)* z równoczesną wyrównaną wadą zastawki dwudzielnej. Ta sama chora przebywała w r. 1928 w leczeniu naszem z powodu wrzodu dwunastnicy. Wykonane w obu razach badanie krwi wykazało obraz zupełnie prawidłowy. W r. 1931 zgłosiła się po raz trzeci z dolegliwościami ogólnemi, a badaniem przedmiotowem stwierdzono znaczne powiększenie śledziony, sięgającej na 4 palce niżej łuku wątroby, oraz w mniejszym stopniu gruczołów. Obraz krwi przy przyjęciu: c. cz. 3,220.000, Hb. 60%, J = 0,95, c. b. 62.500, leuk. obojętnochłonnych 31%, kwasochł. 7,6%, zasadochł. 1,2%, limfocytów 7,6%, monocytów 0,8%, myelocytów 45,6%, promyelocyt. 3,2%, myelobl. 2%. (Razem postaci młodych 50,8%), pojedyńcze c. cz. jądrzaste: wobec tego rozpoznano przewlekłą białaczkę szpikową. Chorą poddano naświetlaniom całkowitym met.

Teschendorfa. Ilość ciałek białych po trzech kąpielach opadła do 2,400, obraz cytologiczny: leukoc. obojętnochł. 54,8%, kwasochł. 4,8%, zasadochł. 9,6%, limfocyt. 20%, monocyt. 10,8% — przyczem elementów młodych, pochodzenia szpikowego nie stwierdzono. W stanie obecnym stwierdzono śledzionę macalną pod łukiem, oraz mierne zmniejszenie się wątroby i gruczołów. Po opuszczeniu kliniki stwierdzano u chorej, zgłaszającej się do kontroli utrzymującą się stale zmniejszoną ilość c. b. bez obecności elementów młodych przy bardzo dobrym stanie ogólnym. Po upływie ½ roku chora zgłasza się ponownie do kontroli. Ilość c. b. 7,200, Hb 74%, form młodych 4%. Śledziona niemacalna. Wygląd chorej i samopoczucie b. dobre. Przybrała około 6 kg na wadze. Jest to przypadek bardzo rzadki z tego względu, że w białaczkach



Wykres 2.

naświetlanych nigdy nie udaje się doprowadzić nawet przejściowo do zupełnego zniknięcia postaci patologicznych ciałek białych.

W jednym przypadku *myelosis aleucaemica* z dużym guzem śledziony przy początkowej ilości c. b. 7,800 nie osiągnęliśmy po ostrożnem zastosowaniu dwóch kąpieli spadku ilości c. b., ani poprawy w cytologicznym obrazie krwi, śledziona zmniejszyła się jakkolwiek niezupełnie, mimo to jednak zauważyliśmy znaczną poprawę stanu ogólnego utrzymującą się przez kilka miesięcy naszej obserwacji ambulatoryjnej. W 3-ch przyp. *lymphadenosis subleucaemica* osiągnęliśmy analogiczne wyniki.

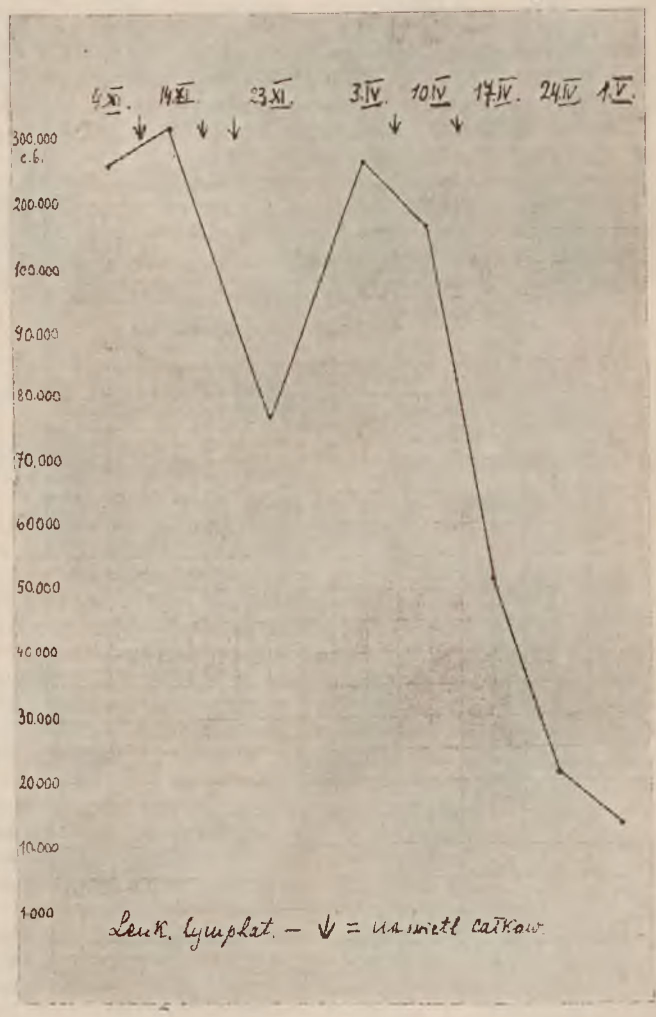
W 3-ch przyp. białaczki limfatycznej przewlekłej wynik był wybitny. Ilość c. b. spadała nawet nieco szybciej niż w białaczkach szpikowych, jednakowoż stosunek ilości limfocytów w obrazie cytologicznym utrzymywał się na pierwotnym poziomie.

W 2-ch przyp. czerwienicy (7 i 8.000.000 c. cz.) po szeregu naświetlań całkowitych uzyskaliśmy wyraźną poprawę zgodnie ze S g a l i t z e r e m. I tak w jednym z tych przypadków, leczonym poprzednio długi okres czasu naświetlaniami kości długich bez wyraźnego efektu, uzyskano po kąpielach rentgenowskich spadek c. cz. z 8.000.000 do wartości normalnej z równoczesnem ustąpieniem objawów klinicznych.

W 2 przyp. ziarnicy złośliwej naświetlania całkowite dały wyraźny efekt w stanie ogólnym, jednak zmniejszenie gruczołów postępowało bardzo wolno.

Co się tyczy przypadku dychawicy oskrzelowej, to powyższą metodę stosowaliśmy również li tylko w celu próby, wychodząc z założenia, że naświetlania ogólne mogą zadziałać pośrednio przez zmianę składu krwi na układ współczulny. W przypadku dotyczącym kobiety z typowemi napadami dychawicy po przejściowem zaostrzeniu po jednej kąpieli stan chorej uległ po drugiej kąpieli zupełnej poprawie tak, że przez końcowy okres pobytu w Klinice (przez około 10 dni) napady nie pojawiały się więcej.

W 2 przyp. mieliśmy sposobność przeprowadzić badanie histologiczne narządów, pobranych w czasie autopsji. 1. przyp. dotyczy wspomnianej powyżej białaczki szpikowej ostrej, 2. przyp. dotyczy mężczyzny z białaczką szpikową przewlekłą z bardzo znacznym powiększeniem śledziony, który zgłosił się do Kliniki w stanie



Wykres 3.

daleko posuniętej kacheksji, z objawami niedomogi mięśnia sercowego. W obu tych przypadkach zastosowano 2 wzgl. 3 naświetlania całkowite. Badanie histologiczne skrawków narządów krwiotwórczych (śledziona, wątroba, gruczoły i szpik) wykazało zupełnie analogiczne zmiany, jak po naświetlaniach częściowych, mimo że dawka promieniowania tu zastosowana była niepomiernie mniejsza; zwłaszcza wyraźnie widoczne były te zmiany w śledzionie.

Streszczając zatem doświadczenia nasze, zebrane wprawdzie na szczupłym materjale klinicznym, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Naświetlania całkowite prom. Rtg. w przypadkach przewlekłych białaczek uważamy za metodę wyboru w ich leczeniu. Wbrew opinji Bardachzi'ego, Epsteina i Fiedlera, którzy zarzucają met. Teschendorfa brak możności indywidualizowania — stoimy na stanowisku, że metoda opisana, z zastrzeżeniem sumiennej obserwacji klinicznej, kierując się częstą kontrolą obrazu krwi, pozwala mimo wszystko na bardzo ścisłe indywidualizowanie.

2) W porównaniu z metodą naświetlań częściowych nie spostrzegaliśmy ubocznych odczynów ogólnych, prawie stale towarzyszących naświetlaniom częściowym.

3) Wyniki uzyskane naświetlaniami całkowitemi są znacznie trwalsze, aniżeli po naświetlaniach częściowych.

4) Metoda całkowitego naświetlania powinna znaleźć zastosowanie jeszcze w przypadkach naświetlanych dotychczas częściowo,

które przy tej metodzie naświetlań słabo, lub całkiem nie oddziaływują.

5) Wobec powyższych zalet metody całkowitych naświetlań, uważamy ją za metodę przewyższającą dotychczas powszechnie stosowaną metodę naświetlań częściowych.

Piśmiennictwo:

1) Bardachzi, Epstein i Fiedler: Med. Klin. 1931, T. II. Nr. 46. — 2) Beclère: Bull. et mem. de la Soc. de radiol. med. de Paris, 4, 1912. — 3) Bignami: Strahlentherapie. T. 43. Z. 1., 1932. — 4) Courmont-Dufourt: Journ. de physiol. et de la patholog. gen. 14., 1912. — 5) Dale: Acta Radiolog. T. XII., Z. 3., 1931. — 6) David-Desplats: Arch. d'electr. med. T. 20, 21, 1912. — 7) Dessauer (cyt. u Wetterera): Handb. d. Rtg. u. Radiumtherapie, Nr. 1, S. 539. — 8) Flaskampf: Röntgenschäden, 1930. — 9) Hirschfeld: N. d. Klin. T. 6. 1930. — 10) Hoffmann-Crover: J. amer. med. Assoc. T. 97. 1931. — 11) Hohfelder: Handbuch d. Röntgenther. T. II. 1928. — 12) Isaacs: Amer. J. f. Röntgenol. 24, 1930. — 13) Linser-Sick: D. Arch. T. 89, 1906. — 14) Milani: Radiology, 17, 1931. — 15) Nemenov: Z. f. klin. Med. 75, 1912. — 16) Nater-Schüntz (cyt. u Teschendorfa). — 17) Sgalitzer: Wr. Med. Wchschr. Nr. 20, 1932. — 18) Teschendorf: D. m. Wchschr. Nr. 34, 1931. — 19) Walterhöfer: Berl. klin. Wchschr. Nr. 25, Jg. 57, 1920. — 20) Windholz: Klin. Wchschr. Nr. 9. 1932.

WYKŁAD KLINICZNY.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O trudnościach rozpoznawczych kiły wrodzonej.

Dokończenie.

Dalszym powodem nierozpoznawania kiły wrodzonej jest rozpowszechniony brak zrozumienia bogatego polimorfizmu kiły, który sprawia, że kile dosłownie wszystko może się udać tak anatomicznie, jak i klinicznie. Dowodem istniejącego niezrozumienia polimorfizmu kiły jest fakt wyjątkowych wysiłków różniczkowania rozpoznawczego z kiłą przypadków demonstrowanych czy opisywanych przez pedjatrów. Jest to ten sam kapitalny błąd, który nadaje piętno klinice gruźlicy dziecięcej. W oceanie pedjatrycznego piśmiennictwa naszego oprócz mnie jeden tylko Zeyland z Poznania upomniał się o potrzebę obowiązkowego różniczkowania gruźlicy płuc dziecięcej z przewlekłem zapaleniem płuc kokluszowem. Ten sam polimorfizm, właściwy gruźlicy, jest charakterystyczny i znamienny dla kiły bez względu na to, o jaki narząd chodzi. Gruźlicze procesy stawów nie różnią się klinicznie od kiłowych schorzeń stawowych. Rozstrzenie oskrzelowe kiłowe, gruźlicze, czy kokluszowe nie różnią się klinicznie również niczem od siebie. Zapalenia opon mózgowych kiłowe i gruźlicze przebiegają klinicznie jednakowo. A jednak wszystkie te choroby, mimo braku różnic klinicznych, dadzą się laboratoryjnie, czasem retrospektywnie odróżnić między sobą pod względem etjologicznym.

Wspólność i analogja polimorfizmu klinicznego gruźlicy i kiły nie zdziwi lekarza, któremu nie są obce inne analogje tych dwu chorób, jak wspólny im obu przewlekły charakter, podobny mechanizm zakażenia, jednakowa fazowość alternatywnych stanów utajenia i aktywności, jednakowy brak odporności ustroju w obu zakażeniach, podobna zdolność przenoszenia dziedzicznego, podobieństwo ich charakteru anatomo-patologicznego i biologji obu zarazków. W kilku pracach swoich wykazałem dowodnie kliniczną realność zjawiska budzenia się kiły utajonej z okazji banalnego innego zakażenia. Jest to uderzające podobieństwo z budzeniem gruźlicy z okazji różnych banalnych katarów i gryp. Głęboko pomyślane zdanie Ricorda: *„il fait bon se bien porter quand on a la syphilis"* jest nietylko świetnem awizo w odniesieniu do kiły — ale znaleźć może zawsze świeże, bo codzienne zastosowanie w odniesieniu do każdego chorego na gruźlicę. Myślom tym daje mimowoli świadectwo prawdy pospolite wyrażenie lekarza pod adresem chorego w słowach: Trzeba uważać na siebie.

W związku z nieznajomością polimorfizmu, znamiennego dla kiły idzie niedocenianie przez pedjatrę istniejącego wogóle, a w zagadnieniu kiły w szczególności, ważnego antagonizmu anatomji patologicznej i kliniki. Świadomość istniejącego antagonizmu t. j. koniecznej, nie zawsze rozegranej polemiki, czyli wojny między pojęciami anatomicznemi a klinicznemi nie może paraliżować tendencyj klinicznych, ale przeciwnie przyczynia się skutecznie do stymulacji wysiłków klinicznych w zagadnieniach spornych i nierozstrzygniętych. Pod wpływem tradycyj, związanych z supremacją anatomo-patologiczną, spotyka się dziś jeszcze często wśród pedjatrów skłonność do biernego bezkrytycznego przekazywania rozpoznania klinicznego pod decydujący i apelacyjny wyrok anatomapatologa, bez wniknięcia w potrzebę wzajemnej polemiki. Pedjatra nie rozumie, że jego zadaniem jest starać się poznać „język, jakim mówi" anatom i naodwrót, zmusić anatoma do chęci poznania „języka, jakim mówi" klinicysta. Ten sam tętniak aorty, który przed 30 latami anatom w 20% rozpoznawał jako sprawę kiłową, dziś pod wpływem klinicysty (a więc na skutek zapoznania się z „językiem" klinicznym) rozpoznaje anatom w 90% jako schorzenie kiłowe. A jednak istota pochodzenia cierpienia nie jest jeszcze wyczerpująco poznana, skoro zdaniem tak wartościowych autorów, jak Grasset, Babiński, Heitz schorzenie jest pochodzenia nerwowego t. j. spowodowane przez zaburzenia troficzne.

Klasycznym przykładem potrzeby polemiki między pedjatrą klinicystą a anatomem patologicznym jest choćby zagadnienie tak rozpowszechnionego w wieku dziecięcym cierpienia, jak rozszerzenie oskrzeli. Ważną rolę etjologiczną kiły pedjatrzy zapoznają tak samo jak rolę kokluszu. O kile i o rozstrzeniach oskrzelowych tak pisze Popowski: „Rozpoznanie rozstrzeni oskrzeli wymaga od lekarza w pierwszym rzędzie znajomości tego cierpienia" str. 404. „O ile kiła rzeczywiście, jak tego chce Rossle jest częstą przyczyna rozstrzeni, to jednak w ogromnej powodzi etjologicznie innych postaci rozstrzeń oskrzeli na tle kiły jest stosunkowo rzadko spotykana". str. 398. Gruźlica 1930 Nr. 5. Ani w etjologji kiłowej, ani w etjologji kokluszowej, przy dzisiejszym stanie wiedzy, wyroku apelacyjnego nie można wymagać od anatoma, przynajmniej dopóki on pod wpływem naszych rad nie zwróci w każdym poszczególnym przypadku swoich wysiłków w celu wyśledzenia tych właśnie infekcyj. Oczywiście nie można wymagać w każdym przypadku kokluszu odkrycia zarazka Bordet-Gengou, a w każdym przypadku kiły odkrycia krętka bladego. Poznanie anatomji patologicznej kokluszowych i kiłowych rozstrzeni oskrzelowych ma, zdaniem mojem, widoki powodzenia jedynie na drodze ciągłej polemiki między anatomem i klinicystą. Innym jaskrawym przykładem słuszności wypowiedzianych poglądów jest zagadnienie kiły naczyń. W roku 1927 ogłosiłem w prasie lekarskiej pierwszy w Polsce przypadek kiłowego porażenia połowiczego spastycznego u dziecka dwuletniego. Wartość mojego odkrycia naukowego leży: 1) w fakcie trafnego rozpoznania za życia, 2) w fakcie polemiki, jaką w danym przypadku zwycięsko jako klinicysta z anatomem patologicznym zmuszony byłem przeprowadzić. Przykład ten, w którym realność kiły zaprzeczanej przez anatoma, a stwierdzonej przez klinicystę, nie ulega dla krytycznego czytelnika — lekarza żadnej wątpliwości, dowodzi, że polemika klinicysty z anatomem jest owocna w skutki i produktywna, bo stanowi szczebel postępu w nauce.

Niedostrzeganie antagonizmu między anatomją patologiczną i kliniką jest więc przesądem, utrudniającym dzieło skutecznego rozpoznawania kiły wrodzonej.

Za podobny przesąd uważam rozpowszechnione poglądy na pojęcie t. zw. konstytucji, której gatunek fenotypowy należy, zdaniem mojem, stale odróżniać od gatunku genotypowego. Zrozumienie tej różnicy umożliwia ustosunkowanie się do pojęcia konstytucji kiłowej i prowadzi do potrzeby diagnostyki różniczkowej konstytucji kiłowej (fenotypowej) z konstytucją neuro-artretyczną (genotypowa). W całym szeregu odczytów i demonstracyj i w szeregu ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków kazuistycznych starałem się konsekwentnie na mniej lub więcej drastycznych przykładach wykazać ważność obowiązkowego różniczkowania rozpoznawczego każdego przypadku t. zw. konstytucji neuro-artretycznej. Dla każdego czytelnika krytycznego trafność rozpoznania kiły poparta faktem skutecznego wyleczenia objawów chorobowych — nie może na chwilę ulegać wątpliwości. Należy jednak zrozumieć, że dowcip diagnostyczny w każdym z tych przypadków polegał na zdolności i na energji do polemiki z uprzednią fałszywą diagnozą, której kardynalny błąd wynikał z braku wysiłku różniczkowania diagnostycznego t. zw. konstytucji neuroartretycznej genotypowej z konstytucją kiłową fenotypową.

Prace Combie'go, Hutinela, Marfana, monografja A. Lesage opisują dziecko dotknięte artretyzmem, jako pozbawione apetytu, zahamowane we wzroście, z wagą i wzrostem niżej normy, drobne, źle wyglądające, przedstawiające objawy hipofunkcji tarczycowej i wątrobowej, wykazujące nawroty obrzęku gruczołów. Lesage podkreśla bębnicę brzucha i częstość skoljozy. Z drugiej strony prace A. Fourniera, Barthelemiego, Hutchinsona, Juliena, E. Fourniera, Leredde'a, Miliana, Hutinela, Comaz udowodniły istnienie kiły wrodzonej drugiego i trzeciego pokolenia z tendencją do dystrofji i deformacji o mechaniźmie endokrynalnym. U potomków kiłowych stwierdza się albo ogólne dystrofje (mały wzrost, drobna budowa)

albo rozmaite miejscowe zboczenia, jak syndaktylja, wrodzona wada serca, brak wyrostka mieczykowatego, skazę elastopatji z wielkim brzuchem, albo też zniekształcenia typu krzywiczego (lordoza, kolano koślawe, czoło zniekształcone).

Genezy zniekształceń tak natury artretycznej, jak kilowej szukać należy w schorzeniu gruczołów dokrewnych. Schorzenie takie zostało dowodnie wykazane tak w artretyźmie, jak i w kile. Najczęściej chodzi o hipofunkcję gruczołu tarczycowego; tłumaczy to opóźnienie w rozwoju zębów, wygląd wątły, obniżenie wzrostu, słabe owłosienie, akrocyjanoza, ogólne ziębnięcie. Elastopatja zdaje się zależeć od hipofunkcji gruczołu przysadki. Oczywiście w hipotrofji ogólnej mogą odgrywać również rolę gruczoły płciowe i wątroba. Schorzenia gruczołów dokrewnych sprowadzają w skutku różne zaburzenia jak naczynio-ruchowe, obwodowe (akrocyjanoza, zespół Raynauda) albo wewnętrzne (astma, migrena) albo objawy szoku koloidoklasycznego, albo przypadłości samozatrucia lub uwięzienia toksyn w ośrodkach nerwowych wyższych (psychozy, psycho-neuro-patje) albo też wydalanie toksyn zamienne (*vicariens*, więc różne postacie biegunek, *colitis*, procesy zapalne oskrzeli, wypryski skóry i t. p.).

Wszystko to dowodzi, jak bliska jest linja graniczna między konstytucją artretyczną i kilową i jak znajomość potrzeby różniczkowania rozpoznawczego tych dwu podobnych a tak etiologicznie diametralnie różnych typów konstytucji jest ważna i niezbędna dla pedjatry klinicysty.

Na osobny typ przesądów myślenia utrudniających rozpoznanie kiły wrodzonej w pedjatrji składają się błędy diagnostyczne związane z mylną interpretacją pojęć funkcjonalnych i organicznych w klinice. Znajomość nauki o kile zmusza lekarza do przyjęcia przypuszczenia, że w każdym klinicznym przypadku kiły musi istnieć równocześnie obraz realnych zmian anatomicznych, bez względu na to, czy ich naturę kilową potwierdzi anatom, czy nie. Otóż doświadczenie uczy, że niejednokrotnie mnóstwo objawów chorobowych ma mylnie przywilej funkcjonalnych tylko dlatego, że przez szereg lat nie zdołało doczekać się jeszcze ustalenia i umiejscowienia anatomicznego. Typowym przykładem, stwierdzającym powyższą okoliczność jest historja diagnostyki t. zw. histerji czy pitjatyzmu albo innej jednostki chorobowej np. epilepsji Jacksona. Otóż w dzisiejszym postępie anatomji patologicznej wiadomo każdemu, że, rozpoznając dziś w jakimkolwiek przypadku t. zw. histerję, nie przesądzamy bynajmniej, w jakim stopniu choroba jest objawem czynnościowym, a w jakim stopniu objawem organicznego schorzenia, ale przeciwnie raczej sięgamy myślą ku zespołom pozapiramidowym. V a n B o g a e r t, P a u l M a r t i n dopatrują się słusznie w histerji podobieństwa z pląsawicą, chorobą Parkinsona, katatonją i istota histerji, jak wiele innych schorzeń czynnościowych, znajdzie niewątpliwie swoje umiejscowienie anatomiczne. W podobny sposób zespoły objawowe, mniej lub więcej „czynnościowe", odpowiadające pojęciu czynnościowego *colitis*, czy czynnościowym *coelialgi'om*, wymiotom acetonemicznym i t. p. znajdą swoje umiejscowienie anatomiczne w schorzeniu zwojów sympatycznych.

W pracy, ogłoszonej w Nowinach Lekarskich 1931 r. o zapaleniu wyrostka robaczkowego i o kile, starałem się wykazać, jak często kila układu naczynio-roślinnego, albo układu nerwowego, trudno jeszcze uchwytna histologicznie, powodować może objawy chorobowe o charakterze pozornie czynnościowym. Ten pozornie czynnościowy charakter objawów chorobowych jest przyczyną błędów rozpoznawczych, ponieważ skłania klinicystę do odrzucenia *a limine* rozpoznania kiły. Pojęcie kiły wiąże się z nieodzowną imaginacją schorzenia anatomicznie uchwytnego, a tymczasem pojęcie schorzenia czynnościowego nie zdołało jeszcze w umyśle klinicysty stać się przedmiotem także dostatecznie realnym i dostępnym dla badania anatomicznego.

Do wyliczonych przesądów myślenia anatomicznego, czy klinicznego należy zaliczyć błąd myślenia autystycznego, polegający na fałszywem ustosunkowaniu się do pojęcia t. zw. kazuistyki, jako do formy nie dość poważnej pod względem naukowym. „Jedna cząstka, jedno zajęcie tak samo nam odsłania i ujawnia c a ł e g o człowieka, jak każde inne" mówi M o n t a i g n e. Podobnie w nauce lekarskiej. Jeden przypadek, dobrze zaobserwowany, jest równie wartościowy dla poznania c a ł o ś c i, jak ujawnienie jednej cząstki, czy jednego zajęcia człowieka jest wartościowe dla poznania całego człowieka.

To lekceważenie przez pedjatrę niepoważnej kazuistyki przypadków kiły wrodzonej tak w opisie, jak w demonstracji, jest jedną z przyczyn zahamowania interesu dla tej ważnej choroby wieku dziecięcego.

II. P r z y c z y n y z a l e ż n e o d c h a r a k t e r u l e k a r z a.

Odkrycie kiły przez lekarza stoi z natury rzeczy często w sprzeczności z ambicją utrzymania pacjenta we własnej opiece i leczenia go bez szelestu. Wiadomo, jak takim skłonnościom przeszkadza rozpoznanie kiły i jej męskie leczenie, które rzadko kiedy udaje się przeprowadzić bez równoczesnego wywołania wrażenia na otoczeniu. Skoro tylu „poważnych" lekarzy chorego przedtem leczyło, a nikt nie przeprowadził leczenia swoistego, to odkrycie kiły musi zrobić silne wrażenie na rodzicach i na otoczeniu dziecka — i niejednokrotnie przybiera rozmiary wstrząsu choćby ze względu na poprzednie rozpoznanie. Łatwo zrozumieć, jak lęk lekarza przed wywoływaniem wstrząsu, nieuniknionego często w związku z rewelacją kiły, sprzyja umyślnemu unikaniu światła prawdy, skoro ono może boleć.

Objawem braku odwagi jest również zwyczaj, przyjęty w postępowaniu lekarza, zadowalania się jednem rozpoznaniem w myśl zasady: *un tiens vaut mieux, que deux tu l'auras*. Doświadczenie uczy, że lekarz, odkrywszy gruźlicę, rzadko kiedy usiłuje zdemaskować drugą chorobę, taką jak np. kiłę. W pedjatrji zwłaszcza w przebiegu ostrych chorób zakaźnych ten brak odwagi szukania drugiej choroby, skoro już jedną objawiono, jest jednym z powodów niedoceniania roli kiły wrodzonej.

III. P r z y c z y n y n i e z a l e ż n e o d l e k a r z a, a l e z a l e ż n e o d t r u d n o ś c i d i a g n o s t y c z n y c h.

Przyczyny trudności rozpoznawczych kiły leżą, jak wyżej wspomniano, w polimorfiźmie anatomicznym i klinicznym kiły. Artropatje gruźlicze i kiłowe procesy zapalne okostnej, zapalenie szpiku kostnego, czy zapalenia rogów przednich, czy tylnych, zapalenia wielorakie nerwów, procesy marskie narządów wewnętrznych, wszystko to są choroby, których charakter kiłowy nie jest łatwy do wyśledzenia z powodu polimorfizmu kiły.

Drugą trudnością kiły jest jej charakter utajenia z okresami budzenia się, podobnie jak w gruźlicy, w gośćcu, w kokluszu lub w malarji. Trudność uchwycenia zakażenia kiłowego na drodze biologicznej polega na braku zwierzęcia laboratoryjnego, któreby się nadawało do łatwego zaszczepienia kiły, jak to ma miejsce ze świnką morską w gruźlicy.

Dalszemi trudnościami rozpoznawczemi niezależnemi od lekarza są przeciwności spotykane w związku z anamnezą. Nie chodzi tu o stwierdzenie notorycznie znanego przysłowia: *Omnis lueticus — mendax*. Matki bardzo często negują kiłę, bo albo się krępują przyznać do przebytej choroby wenerycznej, albo wogóle nie wiedzą nic o przebytem zakażeniu z powodu niezauważenia łatwo ulegającego przeoczeniu owrzodzenia na pochwowej części szyjki macicznej.

Należy zauważyć, że stosunki techniczne panujące w instytucjach lekarsko-społecznych, jak w Kasie Chorych i t. p., nawet przy poprawnem i taktownem zachowaniu się lekarza, zbierającego wywiady, nie uwzględniają bynajmniej prymitywnych podstaw t. zw. tajemnicy lekarskiej, uświęconej w innych krajach, i nie mogą sprzyjać szczeremu i wiarogodnemu wyznaniu rodziców na temat tak delikatny, jak spowiedź o przebytych chorobach wenerycznych. Brak tajemnicy lekarskiej musi zamykać usta rodzicom ze szkodą dla zdrowia ich dzieci i ze szkodą dla higjeny społecznej.

Wreszcie należy nadmienić, że znowu, mimo najdyskretniejszego zachowania się lekarza ordynującego, odkrycie kiły połączone jest często z konsekwencjami, które czyto lekarza, czy otoczenie chorego może wprowadzić w mniej lub więcej niepożądane i trudne położenie. Właściwość ta, stojąca w związku z wenerycznym charakterem choroby, obca innym zakażeniom, nabiera ważnego znaczenia przez to, że utrudnia lekarzowi swobodę działania rozpoznawczego, czy leczniczego.

Rozpoznanie każdej choroby, a szczególnie tak poważnej w skutkach jak kiła, wymaga w szpitalu dziecięcym szybkiej tayloryzacji. Lekarz musi w okresie jak najkrótszym opanować trudności rozpoznawcze, aby powziąć plan leczenia na przyszłość. Pośpiech w rozpoznaniu dyktowany jest w szpitalu dziecięcym przez niebezpieczeństwo przytrzymywania chorego dziecka na dłuższy czas — ze względu na możność zakażeń śródszpitalnych ostremi chorobami zakaźnemi.

Z przytoczonych argumentów wynika, że sprawa rozpoznania kiły wrodzonej napotyka na różne przeszkody zależne od myślenia lekarskiego, od charakteru lekarza i od właściwości samej choroby. Jakkolwiek wszystkie te przeszkody stanowią okoliczności łagodzące błąd przeoczenia kiły — to niemniej nie można przejść lekko do porządku dziennego nad skutkami, jakie pociąga za sobą brak skrupulatnego zapoznania się z potrzebą trafnej diagnozy kiły wrodzonej w pedjatrji.

Nie chodzi oczywiście o skutek w poszczególnym przypadku — gdzie na szwank zostaje wystawiona dobra opinja tego lub owego lekarza, który rozpoznał histerję, albo artretyzm, gdy w rzeczywistości chodziło o kiłę a więc o całkiem inną chorobę, i inne leczenie samego chorego i jego rodzeństwa. Chodzi o skutki ważniejsze. Chodzi o zagadnienie t. zw. *prestige* stanu lekarskiego. Pisze się w dzisiejszych czasach dużo o „kryzysie" nietylko przemysłowców, finansistów, rolników, ale i lekarzy. Za objaw porażki stanu lekarskiego można uważać fakt, że w sprawach czysto lekarskich

inicjatywa działania wymyka i wyślizguje się z rąk stanu lekarskiego, przechodząc w ręce mniej fachowe i dzieje się to często bez uszczerbku dla samej sprawy, a oczywiście z tem większą decepcją dla powagi stanu lekarskiego.

Przykładów na to dostarcza życie codzienne bardzo obficie. Zagadnienie znaczenia aeracji w szpitalach, jak to wykazałem w „Medycynie Warszawskiej" Nr. 2, r. 1930 jest przez świat lekarski pedjatryczny tak dalece niedocenione, że wogóle przestało być przedmiotem zainteresowania lekarskiego, a stało się objektem techniki budowniczej, zupełnie oddanym inicjatywie architekta.

To samo zagadnienie w odniesieniu do profilaksji chorób wieku szkolnego jest przedmiotem inicjatywy Ministerstwa Pracy i Kasy Chorych, bo od nich a nie od lekarzy pedjatrów wyszła inicjatywa stworzenia t. zw. kolonij wakacyjnych. Podobnie zagadnienie t. zw. dożywiania dzieci wieku szkolnego jest aktem inicjatywy nielekarskiej, jakkolwiek powinno było wynikać raczej z pomysłowości obozu lekarskiego, a nie z pomysłu socjologów i pedagogów.

Sprawa racjonalnej profilaksji kiły nie powinna usuwać się lekkomyślnie z pod inicjatywy lekarskiej, ale powinna stać się tematem do głębokiego zastanowienia dla każdego lekarza pedjatry. Dla ambitnego pedjatry nie może być rzeczą bez znaczenia, aby go w sprawach pedjatrycznych ubiegł i to z sukcesem socjolog, prawnik, pedagog, czy literat.

S t r e s z c z e n i e:

Kiła jest zakażeniem krętkowem o stopniowo następujących nasileniach. Podczas gdy zmiany kiłowe wykrywane u płodu, lub u noworodka są klasycznie czyste, inne postacie kiły noszą znamiona kiły obudzonej z utajenia pod wpływem działania najczęściej urazu zakaźnego banalnego. Z drugiej strony zakażenie banalne przybiera nową postać zmodyfikowaną w swej ewolucji w towarzystwie kiły. Kiła wywiera często piętno indywidualne, powodując procesy marskie włókniste, zniszczenie tkanki elastycznej, zwyrodnienie skrobiowe i t. p. cechy. Jakkolwiek mechanizm tego zjawiska jest trudny do wyśledzenia, to jednak konsekwencje są uchwytne i zrozumiałe, gdy się uwzględni fakt mikrobizmu utajonego krętka bladego w rusztowaniu włóknisto-tkankowem na podobieństwo utajonego mikrobizmu gruźlicy. Okoliczność długotrwałej żywotności krętka zachęca do interwencji leczniczej swoistej nawet w przypadkach marskości narządów.

Oprócz kiły narządów wewnętrznych łatwo uchwytnych anatomicznie na sekcji istnieją w wieku dziecięcym częste zmiany kiłowe gruczołów zewnętrznych i wewnętrznych, naczyń tętniczych i żylnych, zwojów sympatycznych, tkanki nerwowej, stawów, kości i t. p. trudno uchwytne pod względem anatomo-patologicznym tak z powodu polimorfizmu anatomicznego kiły, jak i z powodu przeszkód technicznych, jakie napotyka w dzisiejszym stanie nauki odkrycie pasorzyta kiłowego w histologji i w próbach biologicznych na zwierzęciu.

Jednem z wdzięcznych a nie dość w Polsce popularnych zadań lekarza pedjatry winno być doskonalenie metod klinicznych i laboratoryjnych celem wczesnego demaskowania kiłowej konstytucji dziecka, a przez to samo odkrywanie bezpośredniej, albo pośredniej kiłowej etjologji schorzeń narządów wewnętrznych, albo schorzeń i skaz humoralnych o objawach silniejszych dynamicznie, niż statycznie.

Kliniczne odkrycia kiłowej natury zespołów dotąd uważanych za niezależne od kiły, rozszerzają nietylko granice naszej diagnostyki pedjatrycznej, ale pobudzają także anatomo-patologa do ściślejszej kontroli i rewizji dotychczasowych dogmatów anatomji kiły narządów „wewnętrznych". Historja medycyny uczy, że w histerji, w epilesji Jacksona wiele zespołów chorobowych, uznawanych tradycyjnie za pozornie czynnościowe, znalazło z biegiem lat wytłumaczenie i uzasadnienie anatomiczne. Mnożące się w ostatnich latach badania anatomiczne i histologiczne kiły uprawniają do wniosku, że wiele zespołów kiły wrodzonej dziś uważanych za czynnościowe i dynamiczne — znajdzie zczasem uzasadnienie anatomiczne więc statyczne jeżeli nie w tkance narządów chorych, to w tkance zwojów sympatycznych, czy w tkance gruczołów dokrewnych. Tak więc ciasne ramy doktrynalnej kiły narządów wewnętrznych — znajdują z każdym dniem warunki do rozszerzenia i do objęcia także zespołów uznawanych dotychczas za mniej lub więcej czynnościowe.

Przyczyny zapoznania kiły wrodzonej przez pedjatrów pochodzą z błędów myślenia lekarskiego i z trudności właściwych śledztwu choroby. Wchodzi tu w grę: nadmierna specjalizacja pedjatryczna, upadek kliniki w związku z nadużywaniem mechanicznych metod skórnych biologicznych, brak zrozumienia antagonizmu anatomji i kliniki, nierozróżnianie typu konstytucji genotypowej od typu konstytucji fenotypowej, nieporozumienia w interpretacji odczynu Wassermanna, polimorfizm kiły, jej okresowy charakter i postacie utajenia, utrudnienie warunków anamnestycznych w związku z brakiem tajemnicy lekarskiej w instytucjach społeczno-lekarskich, jak Kasa Chorych.

Potrzeba wczesnego odkrywania kiły staje się dla pedjatry postulatem naukowym i społecznym, a zaniedbanie zainteresowania grozi pedjatrze konsekwencją, polegającą na tem, że podobnie jak w szeregu innych zagadnień profilaksji higjenicznej dziecka, wyręczyć mogą pedjatrę czynniki niefachowe i nielekarskie ze szkodą dla jego prestiżu.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Dr. Edward PODWORSKI. Kraków.

W sprawie sposobu operowania katarakty przez pierwszego profesora okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Z Kliniki Okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. K. M a j e w s k i.

Sposób operowania katarakty, polegający na wyjęciu jej z oka, jest dorobkiem dopiero XVIII stulecia. Podał tę metodę D a v i e l w r. 1752. Dawniej nie wyjmowano zaćmy nazewnątrz, tylko pozostawiano wewnątrz oka, spychając ją tylko z normalnego położenia. Zabieg ów wykonywany powszechnie do czasów Daviela nosił nazwę zepchnięcia zaćmy *(depressio cataractae)*. W mrokach starożytności ginie początek wejścia w życie tego zabiegu, zarzuconego dopiero pod koniec XVIII a względnie na początku ubiegłego wieku. Zepchnięcie zaćmy polegało na wprowadzeniu do gałki ocznej przez twardówkę *(scleroticonyxis)* lub przez rogówkę *(keratonyxis)* igły lancetowato zakończonej, którą wtłaczano zaćmę prosto nadół [1]) w ciałko szkliste, gdzie miała następnie ulec rozpuszczeniu i wessaniu. Chory taki odzyskiwał wzrok bezpośrednio po zabiegu, rozpoznawał przedmioty, liczył palce, nie było już bowiem poza źrenicą owej przeszkody, nie dopuszczającej promieni światła do percepcyjnych organów oka. Wkrótce wszakże rozwijająca się zaćma wtórna *(cat. secundaria)* a zwłaszcza jaskra następowa [2]), której istoty i leczenia wówczas jeszcze nie znano, lub też inne komplikacje powodowane obecnością we wnętrzu gałki ocznej zepchniętej a nie zresorbowanej zaćmy, nie pozwalały choremu długo cieszyć się przywróconą zdolnością widzenia, lecz odbierały mu wzrok tym razem zazwyczaj niepowrotnie.

Wydobycie zaćmy metodą Daviela niemałe początkowo przedstawiało trudności i pierwsze jego wyniki nie bardzo były pomyślne. doskonaląc więc depresję, W i l l b u r g zaproponował w r. 1785 odchylenie zaćmy *(reclinatio cataractae)* [3]), polegające na wywróceniu jej wtył i następnem zepchnięciu poza źrenicę [4]) tak, ażeby przednia powierzchnia soczewki zwróconą została ku górze a tylna ku dołowi t. j. ku siatkówce, na której spoczywała. Reklinacja tedy będąc właściwie depresją, w pierwszym tylko akcie inaczej technicznie wykonywaną, nie mogła spełnić zadania w leczeniu chirurgicznem zaćmy, gdyż przechowując ją na dnie oka te same, jakie i czysta depresja sprowadzała skutki.

Metodą więc wydobycia z gałki ocznej soczewki zaćmionej wskazał Daviel właściwą drogę, po której sztuka lekarska kroczyć winna w tego rodzaju przypadkach chorobowych. Niewątpliwie dużo jeszcze upłynęło czasu, zanim operacja Daviela została rozpowszechniona, a raczej zanim powszechnie nauczono się ją wykonywać. Miała ona również swoich przeciwników, musiała także ulegać pewnej ewolucji, pewnemu udoskonaleniu w kierunku technicznym i w aparaturze instrumentalnej. Długi czas jeszcze objeżdżali Polskę różni t. zw. wędrowni okuliści, spychacze katarakty *(Staarstecher)*.

Na szczęście mieliśmy w Polsce ludzi, którzy stali na poziomie współczesnej wiedzy i sztuki lekarskiej. Takim był R a f a ł C z e r w i a k o w s k i powołany w czasie reform kołłątajowskich na katedrę chirurgji w Uniwersytecie Jagiellońskim. Obok chirurgji, położnictwa i anatomji wykładał on okulistykę, a mianowicie jej część

---

[1]) S z o k a l s k i: Wykład chorób przyrządu wzrokowego u człowieka, 1869. t. II. str. 247.

[2]) W przeciwieństwie do zaćmy, *grauer Staar*, obejmowali Niemcy przed erą oftalmoskopową jaskrę wraz z innemi chorobami dna oka ogólną nazwą *schwarzer Staar*, rozwijającą się po wykonanej depresji zaćmy.

[3]) S z o k a l s k i: l. c. str. 250; H i r s c h b e r g: *Geschichte der Augenheilkunde*, (Graefe-Saemisch t. XIII. str. 523).

[4]) S z o k a l s k i: l. c.

[5]) S z u m o w s k i: Krakowska szkoła lekarska, str. 132.

operacyjną, część bowiem patologiczną wykładał B a d u r s k i [5]). *„In cataracta extractio lentis est praeferenda depressioni"* głosi Czerwiakowski w rozprawie habilitacyjnej [6]), dalej w swym podręczniku chirurgji uczy, jakich opasek powinno się używać po operacji katarakty [7]), jakie szkła operowanym przepisywać [8]), że nożyk kataraktowy „musi być gładki i jak najostrzejszy. Takowy instrument powinien przeciąć włos trzymany między końcami palców drugiej ręki, nawet, gdy wiatr powiewa naprzeciw ostrzu" [9]). W tomie ostatnim chirurgji szczegółowej miały być według prospektu przedstawione operacje katarakty. Niestety część ta nie została wydana. Czy jednak Czerwiakowski praktycznie wykonywał wydobycie zaćmy, na to dowodu nie mamy [10]).

R u s t, następca Czerwiakowskiego na katedrze chirurgji, operował już kataraktę przez ekstrakcję. Daje temu świadectwo C o l l a n d [11]), niechętny Rustowi, opisując szczegółowo trzy dla różnych przyczyn nieudałe przypadki, pochwala jego przezorność w tem, że na jednem tylko oku dokonywał ekstrakcji, by chory drugiem okiem nieoperowanem mógł jeszcze rozróżniać światło od ciemności w razie, gdy operacja niepomyślnie wypadnie.

Aż do połowy XIX w. były wykłady okulistyki włączone do innych przedmiotów. Najpomyślniej miała się rzecz pod profesorami chirurgji S y k s t u s e m L e w k o w i c z e m i L u d w i k i e m B i e r k o w s k i m, z których pierwszy dawał uczniom sposobność korzystania już nietylko z teoretycznych wiadomości, ale nadto z biegle wykonywanych operacyj [12]), drugi zaś obok głównego swojego przedmiotu naukę okulistyki o tyle uwzględnił, że nietylko poświęcił jej osobne odczyty, ale nadto zyskał już fundusz na utrzymanie 4 łóżek dla chorych na oczy. Wykonywał dość dużo operacyj ocznych, które nawet częściowo studentom medycyny powierzał. Nawet raz z egzaminu publicznego skorzystał, aby po wyegzaminowaniu kandydata pokazać zgromadzonym profesorom i lekarzom operację katarakty, o czem przechowała się wzmianka w sprawozdaniu z posiedzenia Wydziału odbytego 24 maja 1833 r. [13]). Nie była to reklinacja, nie mógł się nią popisywać publicznie w czwartym dziesięcioleciu ubiegłego wieku przed Wydziałem młody profesor w pierwszym roku objęcia katedry, „urodzony chirurg", uczeń w okulistyce Junckena i Rusta w uniwersytecie berlińskim.

Po przyłączeniu w r. 1846 Krakowa do Austrji zaczął Wydział lek. U. J. zabiegać o utworzenie odrębnej katedry okulistyki i po uzyskaniu na to zgody władz podał W i k t o r a S z o k a l s k i e g o, ojca okulistów polskich, jako kandydata na tę katedrę. Rząd nie chciał zatwierdzić ze względów politycznych Szokalskiego, emigranta po powstaniu listopadowem i polecił ogłosić konkurs [14]). Po raz drugi tedy płynie do Wiednia wniosek z S z o k a l s k i m *primo* i A n t o n i m S ł a w i k o w s k i m, dotychczasowym nadzwyczajnym profesorem okulistyki w Instytucie medyko-chirurgicznym we Lwowie, *secundo loco.* Zamianowano ostatniego profesorem zwyczajnym nowoutworzonej w Krakowie katedry okulistyki, wyswobodzonej z dotychczasowych więzów chirurgicznych.

Sławikowski przybywa do Krakowa z początkiem maja 1851 r. i zaczyna wykłady, już w półroczu letniem. Liczy wtedy 55 lat życia i ma już za sobą chlubną 32-letnią, pełną zasług przeszłość okulistycznej działalności. Jest „Wiedeńczykiem", uczniem w okulistyce B a r t h a, P r o h a s k i i B e e r a, którego zostaje asystentem. Po uzyskaniu stopnia magistra okulistyki i doktora medycyny [15]), proponuje mu J ó z e f F r a n k katedrę okulistyki przy Wszechnicy w Wilnie, ale rokowania rozbiły się. Po powrocie do rodzinnego miasta Lwowa, zostaje asystentem kliniki i oddziału chorób wewnętrznych, nadzw. profesorem okulistyki po E r n e ś c i e C h l a d k u, fizykiem w szpitalu Sióstr Miłosierdzia i w szpitalu więziennym. Podczas cholery w r. 1831 jako fizyk miejski niósł pomoc lekarską dotkniętym zarazą. Przyczynił się niemało do powstania lwowskiego Zakładu głuchoniemych, a zwłaszcza ociemniałych i bezpłatnie udzielał w nich pomocy. Na stanowiskach tych zyskał sobie Sławikowski nietylko szacunek i sławę, ale cześć i miłość społeczeństwa [16]). Za walkę z jaglicą, grasującą wśród wojska w załodze lwowskiej w r. 1849, otrzymał złoty krzyż zasługi z koroną. W czasie objazdów po kraju jako okulista krajowy od r. 1840 operuje po 300 katarakt rocznie metodą ekstrakcji wiedeńskiego mistrza swojego Józefa Beera. Była to w tych latach rekordowa liczba roczna ekstrakcyj katarakt w Europie. Wszystkich katarakt w swem długiem życiu operował Sławikowski 4296 [17]).

Czterotysięczną operację zaćmy wykonał Sławikowski w r. 1858 w dniu 10 maja. Zamieszczony z tej okazji komunikat w prasie krakowskiej [18]) podaje: „Wprawna i pewna ręka prof. Sławikowskiego przywróciła na początku tego miesiąca wzrok czterem osobom zupełnie ociemniałym za pomocą operacji w szpitalu św. Łazarza wykonanych". „Operacja czwarta Józefy Skrzypowej z Rząski 40 lat liczącej przy zbytniej ruchliwości oczu i niespokojności chorej z największemi połączoną była trudnościami, które z podziwiającą zręcznością operator w jak najkrótszym czasie szczęśliwie zdołał pokonać. Podług spisów przez prof. Sławikowskiego utrzymywanych, ostatnia operacja jest już czterotysięczną, przez niego podczas wieloletniej praktyki lekarskiej wykonaną. Cyfra to ogromna, 4000 operacyj byłaby naprawdę nie do uwierzenia, gdyby nie to, że Dr. Sławikowski przez wiele lat praktykował jako profesor okulistyki we Lwowie i Krakowie, tudzież jako okulista przez Stany Galicyjskie zamianowany, objeżdżał był Galicję i po drodze operacje dokonywał. Każda z powyżej operowanych czterech osób otrzymała na pamiątkę wyjętą z ócz zaciemniającą powłokę kataraktową we flaszeczce spirytusem napełnionej zachowaną".

Z zachowanych w Klinice Okulistycznej Uniw. Jag. ksiąg operacyjnych z owych czasów wynika, że Sławikowski wykonywał operację katarakty bez narkozy [19]), chory siedział [20]), głowę ustalał asystent stojący poza plecami chorego i jednocześnie rozchylał powieki. W przypadku zaćmy miękkiej robił cięcie t. zw. prostolinijne, przebiegające w południku poziomym oka, w zaćmie zaś twardej cięcie t. zw. łukowe czyli półksiężycowate, polegające na wbiciu keratotomu Beera w rogówkę od strony skroni na jedną czwartą część linji od obwódki błony łącznej *(limbus conjunctivae)* nieco poniżej południka gałki ocznej, ostrzem zwróconem najczęściej wdół *(extractio inferior)* bardzo rzadko wgórę *(extr. superior)* równolegle do tęczówki i przebiciu następnie rogówki od strony nosowej na takiej samej wysokości jak od zewnątrz. „Ku końcu tego przecinania rogówki asystent już spuszcza górną dotąd trzymaną powiekę, by o ile możności oko prędko zamknąć. Przekonałem się bowiem, że nie uważając na to błona ciała szklannego łatwiej pęka i c. szklanne zaraz wypływa" [21]). Następnie rozdzieliwszy igłą lancetową w kilku kierunkach przednią torebkę pozostawia się zaćmie „dobrowolne wyjście" ciśnieniem mięśni oka, albo też „ułatwia się je cisnąc łyżeczką Daviela lub palcami z góry na gałkę oczną" [22]).

Tak zatem wyglądała najczęściej wykonywana przez Sławikowskiego operacja zaćmy starczej. Po takiej to operacji widział chorego T a l k o, kiedy w podróży po Europie przedsięwziętej dla poznania klinik ocznych w r. 1869 odwiedził klinikę krakowską [23]).

Co więcej — dokonywał Sławikowski wyjęcia nawet czystej soczewki, w czem o lat kilkadziesiąt wyprzedził F u k a l ę. W rękopisie bowiem pozostałej pracy o „leczeniu zarośnięć źrenicy" [24]) czytamy: „Zawsze zaś robiłem wyjęcie soczewki jak przy ekstrakcji, choć i przeźroczysta soczewka była, bo któż dotknie się tak delikatnie haczykiem, by nowo utworzoną błonę wyjąć, żeby się nie dotknął, nie zadrasnął, nie przerwał torebki, która zraniona z pewnościąby zciemniała. Częściej nie potrzebowałem nawet wejść dopiero lancetą kataraktową, by torebkę dla wyprowadzenia

---

[6]) Wywód o narzędziach cyrulickich, 1779. str. XLIII. teza 12.

[7]) Narządu opatrzenia chirurgicznego, część II. 1816. § 230, 231, 423, 438.

[8]) l. c. część III. § 1097.

[9]) l. c. część IV. str. 9.

[10]) B e d n a r s k i: Historja okulistyki w Polsce. str. 99.

[11]) F. C o l l a n d: *Nachricht von der med.-chirurg. Lehranstalt an der uralten Universität zu Krakau,* Wien 1806. str. 109.

[12]) S ł a w i k o w s k i: Klinika okulistyczna str. 511. (W pracy zbiorowej p. t.: Zakłady uniwersyteckie w Krakowie. 1864).

[13]) A. W r z o s e k: Ludwik Bierkowski. 1911. str. 85.

[14]) J. T a l k o: Książka jubileuszowa ku uczczeniu Szokalskiego. 1884. s. 67.

[15]) S ł a w i k o w s k i uzyskał magisterjum okulistyki w Wiedniu w dniu 24 sierpnia 1819 r., a doktorat medycyny w dniu 30 sierpnia 1819 r. Obydwa te dyplomy oryginalne znajdują się w przechowywaniu Rodziny.

[16]) F i n k e l i S t a r z y ń s k i: Historja uniwersytetu lwowskiego. str. 273.

[17]) Ta liczba jest zanotowana w księgach operacyjnych, zachowanych w Klinice Okulistycznej Uniw. Jag.

[18]) „Czas", nr. 110. z 16 maja 1858.

[19]) W narkozie wykonywał tylko enukleacje. Znieczulenie miejscowe było jeszcze nieznane.

[20]) Dzieci tylko „leżące" operowano. (Sławikowski: Wykaz chorych kliniki okulist. U. J. za rok 1864/5 i 1865/6. „Przegląd Lekarski" 1865. nr. 46. i 1866. str. 262).

[21]) A. S ł a w i k o w s k i: Leczenie zarośnięć źrenicy (rękopis, przechowywany na Klinice Okulist. U. J.).

[22]) Kaz. G r a b o w s k i: *De cataracta* (rękopis rozprawy inauguralnej na temat dany przez Sławikowskiego, przechowany na Klinice Okulist. U J.).

[23]) T a l k o: l. c.

[24]) Patrz przyp. 21. Był to odczyt wygłoszony w r. 1857 na posiedzeniu Towarzystwa Naukowego Krakowskiego.

soczewki nacinać, widoczne bowiem było, żem przerwał haczykiem torebkę, gdyż soczewka ciśnieniem mięśni oka w otworze torebki występowała. Jeżeli nie wystaje z otworu, wtedy igłą lancetową, jak przy ekstrakcji, nacina się torebkę. Przy wysuwaniu się soczewki z torebki i przejściu przez źrenicę, trzeba się wystrzegać, by operator lub asystent nie uciskał oka palcami i żeby chory nagłem kurczeniem mięśni nie spowodował pęknięcia błony ciała szklannego i wypływu tegoż".

Prof. Wachholz w swej pracy p. t. „Wiedeńczycy"[25]) podaje, że Sławikowski „zapomocą współczesnego zabiegu reklinacji zaćmionej soczewki usuwał zaćmę". Jak wyżej przedstawiono, twierdzenie to nie odpowiada faktom i podstawa jego jest zagadkowa. Już bowiem drukiem ogłoszonych wzmianek o wyjmowaniu zaćm przez Sławikowskiego jest wiele. Gdyby tak było, to oznaczałoby to cofnięcie się o wiek wstecz. Niezrozumiałem byłoby, dlaczego Bierkowski, znakomity chirurg, wykładający również okulistykę do czasu jej usamodzielnienia i operujący kataraktę niewątpliwie sposobem ekstrakcji, odstępowałby wykłady okuliście, który kataraktę reklinuje. Dlaczego Wydział lekarski U. J. na nową katedrę proponowaćby miał reklinatora? Stuletni ten anachronizm byłby zaiste dziwny i niewytłumaczony. Poprzednik prof. Wachholza na katedrze medycyny sądowej, prof. Blumenstok, rozpoczął swoją karjerę naukową od okulistyki, był asystentem prof. Sławikowskiego i przez szereg lat asystował mu do operacyj katarakty, wykonywanych sposobem ekstrakcji, a nie sposobem reklinacji, dawno już wtedy zapomnianym i na szczęście chorej ludzkości już nieużywanym. Obowiazek sprostowania tej krzywdzącej wzmianki spada w pierwszym rzędzie na dzisiejszych pracowników tej kliniki, której prof. Sławikowski, niezwykle biegły i doświadczony okulista-operator, był pierwszym kierownikiem.

———

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Honorat WÓJCICKI, asystent Kliniki. Warszawa.

Przypadek porodu na czasie z wypadnięciem obu nóżek przy położeniu główkowem.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniw. Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Adam Czyżewicz.

Nieprawidłowe ułożenie płodu w położeniach główkowych prowadzić może do przodowania, względnie wypadania części drobnych, stwarzając przeszkodę porodową, utrudniającą lub uniemożliwiającą poród, przez co może zagrażać życiu matki i dziecka.

Przypadki wypadania pępowiny, jak również przypadki wypadania lub przodowania rączek, zdarzające się dość często, omówione są dokładnie w piśmiennictwie. Wypadnięcie nóżek przy przodującej główce nabiera szczególnego znaczenia ze względu na rzadkość występowania tego powikłania, duży procent śmiertelności noworodków, oraz związek przyczynowy z pęknięciem macicy (Bandl, Lemperg).

Jako przyczynę wypadania części drobnych przyjmowano dawniej czynne ruchy płodu. Obserwacje nowsze wykazują, że wypadanie kończyn, zwłaszcza dolnych, występuje szczególnie często u płodów niedonoszonych i martwych i że wielokrotnie razem z kończynami wypada i pępowina. Fakt ten przemawia przeciwko tym zapatrywaniom, przenosząc ten czynnik etjologiczny na płody drobne i pozbawione życiowego napięcia tkanek.

Według Bendy jest również rzeczą nieprawdopodobną, by kończyny wypadały z powodu ciążenia własnego, bo wtedy zjawisko to powtarzałoby się częściej.

Jako powód wypadania części drobnych, a szczególnie nóżek, nieulegający wątpliwości, należy przyjąć przedewszystkiem niedostateczne napięcie *(tonus)* mięśni płodu. Czynnikami sprzyjającemi wypadaniu są wszystkie okoliczności, które powodują niemożność ustalenia się główki, jak: wielowodzie, ciąża mnoga, wąska lub skośna miednica, ukośnie leżąca macica, zbyt wiotkie powłoki brzuszne, położenia defleksyjne i t. p. W przypadkach tych występuje nierzadko przedwczesny odpływ wód płodowych i „porwanie" niejako ich prądem wiotkiej części drobnej.

Benda opiera się na badaniach rentgenowskich położeń płodów, wykonanych przez Warnekrosa, wykazujących, że płód w okresie rozwierania się ujścia jest mocno zgięty ku przodowi *(flexio)* i przypuszcza, że na mocy tych spostrzeżeń można wytłumaczyć fakt, dlaczego kończyny dolne najczęściej właśnie w tym okresie wypadają. Wypadanie to przeważnie dochodzi do skutku w przypadkach II ustawienia płodu. Powodem tego jest okoliczność, że grzbiet płodu przy tem ustawieniu w większości przypadków zwrócony jest w prawo i ku tyłowi (odmiana b), macica zaś wskutek opadnięcia ku przodowi w ostatnich tygodniach ciąży przybliża do wchodu pośladki i nóżki płodu. W tych warunkach w razie odpływu wód płodowych przy nieustalonej główce łatwo dojść może do wypadnięcia nóżek, zwłaszcza gdy kobieta rodząca znajdować się będzie w pozycji pionowej ciała, a więc siedząc lub stojąc.

Badania Saengera wykazały, że są jeszcze inne powody wypadania nóżek, któremi wytłumaczyć można występowanie tych powikłań nawet u płodów silnych i donoszonych. Zdjęcia rentgenowskie, wykonane przez autora w ostatnich 6 tygodniach ciąży, wykazują, że płód może zmieniać swe położenie, naprzykład z miednicowego na główkowe. Jeżeli to obrócenie się płodu występuje na początku porodu, a równocześnie pęknie pęcherz płodowy i odpłyną wody — może łatwo dojść do wypadnięcia nóżek i przyciśnięcia ich do wchodu przez główkę. Autor opisuje taki przypadek, ilustrując go zdjęciami Roentgena.

Postępowanie w wypadnięciu nóżek zależne jest od warunków w każdym przypadku. Przy płodach martwych lub znacznie niedonoszonych ułożenie to nie wymaga pomocy lekarskiej — porody odbywają się zwykle siłami natury. Przy płodach żywych, donoszonych lub rodzących się nieco przed czasem, wypadnięta kończyna jest przeszkodą dla ustalenia się główki i wymaga odpowiedniego zabiegu operacyjnego w zależności od warunków. Próba odprowadzenia, ewentualnie w narkozie z wysokiem ułożeniem miednicy, usuwa często tę przeszkodę porodową i ma zastosowanie w każdym przypadku natychmiast po stwierdzeniu wypadnięcia podczas badania wewnętrznego.

W przypadku przodowania kończyny, a więc przy niepękniętym jeszcze pęcherzu płodowym, można spróbować ułożenia rodzącej na bok przeciwległy tej stronie, po której wypadła nóżka. Liczy się na to, że opadające dno macicy wraz z pośladkami płodu pociągnie za sobą wypadniętą kończynę.

Jeżeli zaś odprowadzenie nóżki nie udaje się, względnie odprowadzona nóżka wypada powtórnie — robimy obrót (o ile są warunki) po uprzedniem zapętleniu nóżki.

W razie gdy powyższe zabiegi nie dają pożądanego efektu — operacją wyboru jest cięcie cesarskie lub wymóżdżenie.

Przypadek spostrzegany w Klinice dotyczy pacjentki lat 24, rodzącej po raz drugi. Pierwszy poród trwał 48 godzin, odbył się siłami natury. Dziecko zmarło w 6 miesięcy po porodzie. Ostatni perjod 4 stycznia ub. r., prawidłowy, na czasie. Pacjentka przebywała w Klinice na oddziale ciężarnych od dnia 28 lipca ub. r. Badanie wykonane w dniu przyjęcia do Kliniki wykazało: powłoki brzuszne wiotkie, obwód brzucha na wysokości pępka i największy — 82 cm. Miednica: *dist. spin.* — 22.5 cm, *dist. crist.* — 24 cm, *dist. trochant.* — 28 cm, *conj. externa* — 17.5 cm. *Conjugata vera*, mierzona sposobem Bylickiego wynosiła 7 cm. Położenie płodu główkowe nieustalone, grzbiet po stronie lewej.

Badania zewnętrzne, wykonywane podczas cotygodniowej kontroli ciężarnych, wykazywały niezmieniające się położenie płodu.

9. X. ub. r. rozpoczęły się bóle, a w 7 godzin potem pękł pęcherz płodowy i odpłynęło sporo wód. Badaniem zewnętrznem stwierdza się przyparcie główki do wchodu, tętno płodu dobre.

Badanie wewnętrzne: ujście rozwarte na dłoń, pęcherza płodowego brak. Jako część przodującą znaleziono obie stopy, sterczące do pochwy przed główką, przyciśnięte przez nią powyżej kostek do linji bezimiennej od góry i od strony prawej. Szew strzałkowy przebiega w wymiarze skośnym lewym miednicy. Ciemię małe znajduje się po stronie lewej, zwrócone ku tyłowi, ciemię duże — po stronie prawej ku przodowi (ustawienie I, odmiana b). Omacywanie wypadniętych stóp wykazało, że stopa lewa znajduje się bliżej spojenia łonowego niż prawa, że mamy zatem do czynienia ze skrzyżowaniem się wypadniętych kończyn dolnych obok główki i przyparciem ich przez nią do linji bezimiennej.

Było rzeczą jasną, że poród ten, powikłany nieprawidłowem ułożeniem płodu, wobec miednicy jednostajnie ogólnie i znacznie zwężonej, nie odbędzie się samodzielnie. Ułożenie rodzącej na przeciwny wypadniętym nóżkom bok nie miało widoków powodzenia wobec znacznego obkurczenia się macicy i przyparcia główki wraz z kończynami do wchodu. Z tego samego powodu odstąpiono od próby odprowadzenia wypadniętych stopek, względnie obrotu na nóżki, tem bardziej, że wobec porodu na czasie oraz zmniejszonych wymiarów miednicy, mało było danych, że uda się przeprowadzić przez miednicę niezadaptowaną następującą główkę. Pozostało zatem 1) cięcie cesarskie — do czego przyszłoby prawdopodobnie nawet przy zwykłem wstawianiu się główki, i 2) wymóżdżenie — po wystąpieniu wskazań.

Życzenie rodzącej, by mieć żywe dziecko zdecydowało o wyborze zabiegu.

[25]) Polska Gazeta Lekarska, 1932, nr. 24 i 25, str. 463.

Wykonano cięcie cesarskie, sposobem Veit'a ze względu na podwyższoną ciepłotę (37.5° C), oraz niebezpieczeństwo możliwości zakażenia podczas przeprowadzania nóżek z pochwy. (Operował Doc. Dr. H. Beck).

Urodzono płód żywy, wagi 2250 g, długości 50 cm. Mała waga noworodka, oraz wiotkość tkanek i zmniejszone napięcie mięśniowe, wskazywały na słaby rozwój ogólny.

Obie stopy aż powyżej kostek obrzękłe, na obu podudziach i główce widać dość rozległe braki naskórka, pochodzące od wzajemnego ucisku na siebie, oraz od ucisku wywieranego podczas porodu na główkę przez spojenie łonowe i kość krzyżową. Bez trudu można było odtworzyć śródmaciczne ułożenie płodu.

W ½ godziny po urodzeniu wystąpiła sinica, oddechy powierzchowne, rzadkie. Podano lobelinę, oraz kąpiel ciepłą i zimną na zmianę. Stan noworodka po tych zabiegach poprawił się, jednak nie rokował życia.

Na 3 dzień stan noworodka następujący: niepokój, główka zarzucona ku tyłowi, cera szarawa, oczy otwarte, oczopląs. Ciemiona choć niewypuklone, to jednak nie były zapadnięte, czego można się było spodziewać po ogólnym stanie noworodka.

Na podstawie powyższych objawów rozpoznano wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, wywołane prawdopodobnie przez wylew krwawy. Dokonano nakłucia lędźwiowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy wypływa pod znacznie zwiększonem ciśnieniem w ilości około 6-ciu cm³ — zmian patologicznych w nim nie znaleziono.

Stan dziecka po nakłuciu znacznie się poprawił, ustąpił niepokój, stwierdzono wzrost wagi. Po powtórnem nakłuciu — 9 dnia po porodzie — dziecko robi wrażenie zupełnie normalnego. Dwudziestego dnia po porodzie zostało wraz z matką wypisane z Kliniki.

Burzliwy przebieg pierwszych dni życia noworodka, oraz wybitne objawy mózgowe, każą się zastanowić, czy w podobnych przypadkach należy wykonywać cięcie cesarskie.

Rzadkość występowania tych powikłań (według Bendy — 0.035%) nie pozwala na wyprowadzenie właściwego procentu śmiertelności noworodków. Śmiertelność ta wynosi według Kietz'a[1]) — 43.4%, według zaś Franqué'go dochodzi do 69%.

Czy warto zatem narażać pacjentkę na poważny zabieg operacyjny dla uzyskania niepewnego dziecka?

Heckscher, który w przypadku wypadnięcia 2 nóżek i rączki w położeniu główkowem rozwiązał pacjentkę zapomocą cięcia cesarskiego i otrzymał zdrowe dziecko — chce widzieć w cięciu cesarskiem metodę wyboru w tem powikłaniu.

W przypadku Oppenheimer'a poród odbył się siłami natury, noworodek jednak zmarł wśród objawów mózgowych. Z tego powodu autor ten przestrzega przed wykonywaniem cięcia cesarskiego w przypadkach zaniedbanych.

W Klinice naszej stwierdziliśmy to patologiczne ułożenie płodu po raz pierwszy na ogólną ilość około 11.000 porodów, i choć dotychczasowy efekt jest dobry, to jednak nie uważamy cięcia cesarskiego za metodę wyboru przy wypadnięciu nóżek obok główki niemogącej się ustalić. Rodzaj operacji uzależniamy od indywidualnej oceny przypadku, zgodnie z zasadami mechanizmu porodowego.

Piśmiennictwo:

V. Franqué: Winckel's Handbuch d. Geb. T. II, cz. III. — Benda: Zbl. f. Gyn. 1923, str. 1818. — Lemperg: Zbl. f. Gyn. 1923, str. 367. — Heckscher: Zbl. f. Gyn. 1929, str. 937. — Oppenheimer: Zbl. f. Gyn. 1929, str. 1832. — Saenger: Zbl. f. Gyn. 1931, str. 2831.

Dr. Leon ACHMATOWICZ. Wilno.

Przypadek tętniaka, przetoki tętniczo-żylnej i żylno-żylnej naczyń udowych.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala św. Jakóba w Wilnie.

Wojna, którą Pirogoff nazwał epidemją traumatyczną, dostarczyła olbrzymiej ilości postrzałowych ran, wśród których pokaźne miejsce zajmują rany naczyń krwionośnych, w wyniku których częstokroć przy sprzyjających warunkach, tworzą się tętniaki lub przetoki tętniczo-żylne.

W warunkach pokojowych rany postrzałowe spotyka się względnie rzadko, natomiast rany zadawane narzędziami ostremi (nóż, sztylet) są na porządku dziennym. Uszkodzenia tego rodzaju są najczęściej tak rozległe, że do wytworzenia się tętniaków przy ranach ciętych zazwyczaj nie dochodzi. Jednakże w okolicznościach sprzyjających tętniaki oraz przetoki tętniczo-żylne mogą i przy ranach ciętych lub kłutych się wytwarzać. Poniżej podam opis przypadku uszkodzenia naczyń udowych, który ze względu na sposób powstania i zmiany anatomiczne zasługuje na wyróżnienie.

W dniu 10. IX. 1931 r. pogotowie ratunkowe dostarczyło na oddział chirurgiczny Szpitala św. Jakóba chłopca lat 20, z zawodu czeladnika szewskiego. Chory podał, że przed pół godziną krając skórę skaleczył się nożem w udo prawe. Nóż był szewski, to jest długi, wąski i bardzo ostry. Nóż przy krajaniu skóry zeskoczył i całą siłą wbił się w udo, gdy chory nóż wyciągnął, powstał gwałtowny krwotok „jak z fontanny". Dzięki przytomności otoczenia udo zostało przewiązane ręcznikiem powyżej rany i krwawienie ustało. Wskutek znacznej utraty krwi chory w karetce pogotowia dwukrotnie zemdlał. Po przybyciu do szpitala lekarz chorego opatrzył i zawezwał mnie.

Stan obecny: chory bardzo blady, przytomny, tętno 100, ciepłota prawidłowa, narzady wewnętrzne bez zmian. Na udzie prawem leży opatrunek krwią nieprzemoknięty, opaski Esmarcha na udzie niema. Po zdjęciu opatrunku stwierdzono: w dolnym odcinku trójkąta Skarpy leży rana 2 cm długa i 2—3 mm szeroka — brzegi rany równe, gładkie, rana drąży wgłąb uda, światło rany jest wypełnione skrzepem krwi, wokoło rany nieznaczny obrzęk. W tętnicy grzbietowej stopy tętno niewyczuwalne, kończyny dolne jednostajnie ciepłe. Z braku nagłych wskazań dla interwencji oraz ze względu na ogólny ciężki stan chorego opatrzono go i ułożono w łóżku. Następnego i drugiego dnia po wypadku chory na nic się nie skarżył, opatrunek był suchy. Trzeciego dnia ciepłota podnosi się do 39°, chory zaczyna odczuwać rozsadzające bóle w udzie prawem. Chorego wzięto do sali opatrunkowej i stwierdzono rozległy, bez wyraźnych granic obrzęk na przednio-wewnętrznej powierzchni uda prawego, z rozlanem, lśniącem zaczerwienieniem skóry. Gołem okiem stwierdza się tętnienie tego obrzęku. Dłoń przyłożona do tej okolicy odczuwa synchroniczne z tętnem bulgotanie. Osłuchowo wybitne buczenie, synchroniczne z tętnem, nasilające się w czasie skurczu i słabnące w czasie rozkurczu. Szmer ten promieniuje ku obwodowi, na stronę przeciwną i dośrodkowo. Wysłuchuje się go na tętnicy podkolanowej tejże strony, tętnicy udowej strony przeciwległej, na aorcie brzusznej, oraz na sercu. Najsłabiej szmer ten wysłuchuje się na tętnicy udowej strony przeciwległej. Tętno 110. Kończyna ciepła. Chorego opatrzono, ułożono do łóżka i zalecono spokój. W ciągu kilku dni gorączka opadła, obrzęk zaczął się ograniczać, bóle w udzie stawały się coraz mniej dokuczliwe, lecz tętno było wciąż przyśpieszone od 110—120 na minutę i chory odczuwał dokuczliwy szum w uszach.

W końcu drugiego tygodnia rana zagoiła się. Obrzęk wokoło rany znacznie się zmniejszył i nabrał kształtu walcowatego, sięgając wielkości dwóch pięści, o osi długiej, równoległej do przebiegu tętnicy udowej. Kończyna przez cały czas ciepła, tętno w tętnicy grzbietowej stopy niewyczuwalne. Przy ucisku na tętnicę udową poniżej więzadła Pouparta ustaje tętnienie guza, oraz przestaje był słyszalnem buczenie, tak na sercu, naczyniach jak i na tętniaku.

Na podstawie wyżej opisanego obrazu należało przypuszczać, że u chorego wytworzył się tętniak i przetoka tętniczo-żylna naczyń udowych. W celu szybszego wywołania krążenia obocznego, oraz dla osiągnięcia szybszej organizacji krwiaka choremu od końca drugiego tygodnia zalecono uciskać kilkakrotnie w ciągu dnia tętnicę udową pod więzadłem Pouparta. Początkowo uciskanie tętnicy udowej wywoływało bóle w kończynie i zblednienie jej, lecz po 6 tygodniowem ćwiczeniu chory mógł przez 45 minut bez przerwy uciskać tętnicę i bólu w kończynie nie odczuwał, przyczem pozostawała ona ciepłą i różową. Czynił on to z tem większą przyjemnością, że w czasie ucisku nie odczuwał dokuczliwego szumu w uszach. Przez okres 6-cio tygodniowy chory miał świdrujące bóle w udzie prawem, dokuczliwy szum w uszach i zawroty głowy. Tętno wciąż było przyśpieszone, 110—120 na minutę, objaw Dobrowolskiej, polegający na zwolnieniu tętna przy uciskaniu na tętnicę powyżej przetoki tętniczo-żylnej był ujemny, natomiast został stwierdzony nieznaczny przerost serca. W 7 tygodni od chwili wypadku objaw Moskowicza wypadł wyraźnie dodatnio, co wskazywało na to, że oboczne krążenie osiągnęło stopień, przy którym w razie potrzeby można byłoby tętnicę udową podwiązać.

W dniu 4. XI. 1931 r. przystąpiłem do zabiegu operacyjnego, który został dokonany w znieczuleniu rdzeniowem zapomocą perkainy. Przy sposobności muszę nadmienić, że znieczulenie wystąpiło po 4 minutach i trwało przez dwie godziny. Ze względu na wysokie ułożenie tętniaka opaski Esmarcha nie nakładałem i operację rozpocząłem od czasowego podwiązania tętnicy udowej poniżej więzadła Pouparta. Po odsłonięciu tętnicy i żyły udowej stwierdziłem, że żyła udowa jest znacznie grubsza niż zwykle i wyraźnie tętni. Przy wydzielaniu owego naczynia została uszkodzona ściana żyły udowej, wskutek czego powstał krwotok, który starałem się opanować; podczas nakładania podwiązki na jej

---

[1]) Cyt. wg. Bendy.

ścianę powstało jednak rozleglejsze rozerwanie, co zmusiło mnie do tego, by żyłę udową podwiązać powyżej i poniżej miejsca rozerwanego. Następnie nałożyłem czasową podwiązkę gazową na tętnicę udową powyżej odejścia tętnicy głębokiej uda i przystąpiłem do wyseparowania tętniaka, który leżał po stronie bocznej tętnicy, był on w licznych zrostach z mięśniem krawieckim i czworogłowym i gałązkami nerwu udowego, a od strony przyśrodkowej na całej swej długości ściśle zrośnięty z tętnicą udową, od której go wydzieliłem zapomocą skalpela. Gdy tętniak został wydzielony, uwidoczniło się istniejące połączenie między nim a tętnicą. Chciałem ograniczyć się do podwiązania zespolenia między tętnicą a tętniakiem, lecz próba ta zawiodła, gdyż podwiązka przecięła kruchą ścianę zespolenia. Na ścianie bocznej tętnicy udowej stwierdziłem otwór $1^1/_2$ cm długi, o kierunku podłużnym, prowadzący do światła tętnicy. Zgłębnik wprowadzony do otworu w tętnicy poszedł ku środkowi na głębokość 4—5 cm. Następnie wyseparowałem tętnicę i obie żyły udowe, przyczem okazało się, że istnieją przetoki między tętnicą a żyłą, oraz między obydwoma parzystemi żyłami udowemi, poza tem ściana żyły przyśrodkowej przeciwległa otworowi, powstałemu w niej wskutek rany jest workowato uwypuklona. Uwypuklenie to o ścianach zcieńczałych sięga wielkości jabłka. W ten sposób mieliśmy do czynienia: 1) z tętniakiem tętnicy udowej, 2) przetoką tętniczo-żylną, 3) przetoką żylno-żylną i 4) z workowatem rozszerzeniem ściany żyły. Przetoki zostały nacięte. Powstało pytanie, czy zeszywać opisane wyżej pięć otworów w naczyniach udowych lub naczynia podwiązać. Pytanie to było tem aktualniejsze, że żyłę udową już pod więzadłem Pouparta podwiązałem na stałe, z drugiej zaś strony krążenie oboczne było dostatecznie rozwinięte. Jeżeli zaś uwzględnić, że podwiązanie naczyń wypadłoby w kanale Huntera, to obawa na powstanie zgorzeli byłaby minimalną. Mając na uwadze to, że rana była czystą, zdecydowałem się nałożyć szew naczyniowy na wyżej opisane otwory, — zamknąłem więc szwem naczyniowym dwa otwory w tętnicy i dwa otwory w żyle, odcinek zaś workowato rozszerzony drugiej żyły udowej łącznie z otworem powstałym wskutek zranienia, wyciąłem.

Po nałożeniu szwów na naczynia udowe wymiar ich poprzeczny nieco się zmniejszył. Po zdjęciu podwiązki z tętnicy udowej stwierdziłem, iż odcinek zeszyty jest drożny, a tętnica poniżej odcinka zeszytego wyraźnie tętni. Krążenie w żyle zeszytej również dobre, strumień krwi w żyle dochodzi do miejsca, gdzie (pod więzadłem Pouparta) była ona podwiązana i przez bocznice biegnie dalej. Ranę operacyjną zeszyłem w dwa piętra, kończynę ułożono w szynie, w pozycji poziomej.

Nazajutrz stan chorego dobry, lecz skarży się na bóle głowy i brzucha. Tętno w tętnicy grzbietowej stopy słabe lecz wyraźne.

Na 9 dzień zdjęto szwy, rychlozrost, stopa nieobrzęknięta, różowa, ciepła, tętno w tętnicy grzbietowej stopy wyraźne.

W okresie pooperacyjnym tętno utrzymywało się w granicach od 110—120, buczenie na naczyniach i sercu, zawroty głowy i dokuczliwy szum w uszach znikły.

Tętniak miał wymiary 8 cm $\times$ 3.5 cm, o ścianach zbitych, na przyśrodkowej powierzchni tętniaka leży brózda odpowiadająca przebiegowi tętnicy udowej. W środku tej brózdy leży otwór owalnego kształtu, o długim wymiarze $1^1/_2$ cm.

Na 18-ty dzień po zabiegu chory opuścił szpital jako wyleczony.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Czasopismo Sadowo-Lekarskie. Nr. 4. 1932. W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwo czy zabójstwo? Śmierć wskutek ran ciętych, kłutych i rąbanych. — T. Szarbe: Dwa przypadki śmierci w związku z urazem bez uchwytnych zmian anatomicznych.

Pamietnik Kliniczny Szpitala św. Łazarza w Warszawie. Nr. 2. 1932. Sprawozdania z posiedzeń Koła Dermatologów i Lekarzy innych Działów Szpitala św. Łazarza z drugiej połowy 1931.

Zdrowie. Nr. 23—24. 1932. N. Skokowska-Rudolfowa: Robert Koch. — B. Fejgin: O zarazku gruźlicy. — S. Adamowiczowa: Umieralność dzieci na gruźlicę w Warszawie. — M. Kacprzak: Gruźlica w miastach polskich z ludnością powyżej 100.000. — H. Niedzielski: Społeczne znaczenie dokładności w rozpoznawaniu gruźlicy. — T. Sporzyński: Walka z gruźlicą w Anglji.

Lekarz Wojskowy. Nr. 1. 1933. K. Orzechowski: Józef Babiński w dziejach ubiegłego okresu neurologji. — K. Neyman: Przetaczanie krwi w klinice schorzeń wewnętrznych. — Wł. Dybowski: Pierwsze wyniki badań lotników w komorze niskich ciśnień. — S. Pindusówna: Oczyszczanie wody w basenach pływackich.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 2. 1933. S. Krauze: Badania nad zbożem magazynowanem w Warszawie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 2. 1933. W. Szeuwic: Znaczenie zboczenia wzrostu chrząstek (chondrodystrophia foetalis) w położnictwie.

OCENY.

Clinique et therapeutique hydro-climatiques. MAURICE VILLARET et L. JUSTIN-BESANCON. Masson. 1932. p. 255.

Mamy przed sobą tom I. dzieła omawiającego hydrologję i klimatologję. Wkrótce ma się ukazać tom II. poświęcony hydrologji doświadczalnej. Oba tomy są plonem pracy lat ostatnich Ośrodka hydro- i klimatologji Szpitali w Paryżu oraz Pracowni hydro- i klimatologji leczniczej Uniwersytetu paryskiego.

Krótki wstęp poświęcony jest historji rozwoju hydrologji francuskiej, począwszy od najdawniejszych czasów.

Dzieło rozpoczyna się rozdziałem o wskazaniach leczniczych klimatologji i hydrologji w gruźlicy płucnej i chirurgicznej. Autorowie się zastrzegają, że nie mają zamiaru wchodzić w szczegóły leczenia sanatoryjnego, chodzi im głównie o stosunki poza-sanatoryjne. Po krótkiem omówieniu podstawowych warunków leczenia klimatycznego, następuje dział stosowania hydrologicznego i klimatycznego w poszczególnych postaciach klinicznych gruźlicy płucnej. Klimatologów zasadniczo interesują dwie postacie: początkowa i przewlekła (postać ostra nie wchodzi tu w rachubę). Co do pierwszej, to korzystnie na nią wpływa klimat nizinny i podgórski, a w wielu wypadkach klimat wybrzeża morskiego i to głównie okolicy Bretanji oraz morza Śródziemnego; szkodliwy wpływ mają okolice bardzo suche i zapylone (Prowancja), zbyt wysokie (Alpy, Pireneje) o zbyt silnej różnicy między ciepłotą dnia i nocy, o znacznych wichrach (morze Północne) i t. d. W drugiej grupie najlepszy przedmiot do leczenia stanowi postać wrzodziejąco-serowata i włóknista, przyczem poszczególne z nich niejednakowo reagują na leczenie w poszczególnych miejscach klimatycznych.

W adenopatji oskrzelowej dopuszczają autorowie leczenie w miejscowościach nadmorskich, oraz kąpiele mineralne, zawierające głównie arsen.

Zajmując się obszerniej cechami klimatu francuskiego nizinnego i nadmorskiego, podnoszą zalety miejscowości Arcachon. Omawiając klimat śródziemnomorski, przestrzegają przed wybrzeżem Riviery; co się tyczy wreszcie klimatu górskiego, poświęcają wiele miejsca omówieniu warunków utrzymania i zakładania lecznic w górach francuskich, i to w poszczególnych ich częściach dla poszczególnych postaci gruźlicy płucnej.

W gruźlicy chirurgicznej uwzględniono nieco szerzej gruźlicę kostno-stawową, otrzewnową i gruczołową, wyznaczając różne rodzaje leczenia klimatyczno-hydrologicznego w rozmaitych okresach schorzenia, przyczem uwagę autorów zajmuje nieco dłużej miejscowość klimatyczna, nadmorska Berck, o typowym klimacie drażniącym, szkodliwym dla gruźlicy płucnej i niektórych chorób nerwowych i sercowych, a nadzwyczaj korzystnym dla gruźlicy kostno-stawowej.

Wielka znajomość przedmiotu autorów uwydatnia się przy sposobności omawiania warunków leczenia klimatyczno-hydrologicznego schorzeń płucnych, pochodzenia niegruźliczego, głównie dusznicy. Okazuje się, że działanie wód mineralnych na mięśnie oskrzelowe jest bardzo różnorodne. Najkorzystniejszy wpływ rozkurczowy na oskrzela wykazują wody zawierające krzem i arsen; natomiast wody siarkowe mają wprawdzie wybitny wpływ rozkurczowy na mięsień oskrzelowy prawidłowy, jednak wykazują bardzo skąpe działanie na mięsień w stanie przykurczu w dusznicy. Wody alkaliczne jak np. Vichy nie mają wpływu leczniczego w dusznicy.

Hydromineralne leczenie diuretyczne polega głównie na wzmożeniu oddawania moczu, przemianie materji, mechanicznem usunięciu części gromadzących się w drogach moczowych i podrażnieniu nabłonka nerkowego.

Wielką wagę przykładają autorowie do stosowania dwuwęglanu sodu w leczeniu kamicy nerkowej. Rozdział poprzedza zarys fizjologji i patologji, omawiający rolę wątroby, zaburzenia przewodu pokarmowego i t. d. Wpływ dwuwęglanu sodu wód mineralnych zależy od tego, czy znajduje się on w źródłach silniejszych (Vichy), wzgl. słabszych (Vittel). Według dzisiejszego stanu wiedzy balneologicznej leczenie kamicy zapomocą alkalicznych wód mineralnych nie należy uważać tylko za przepłókanie narządu mo-

czowego, ale chodzi tu o faktyczne zadziałanie lecznicze w znaczeniu fizykochemicznem.

Obrzęki pochodzenia wątrobowego, wolny płyn w jamie brzusznej, zaburzenia w diurezie, przedstawiają poważny dział leczniczy wodami mineralnemi, jak dotychczas zaniedbany przez lekarzy, którzy ordynując picie wód mineralnych nie biorą pod uwagę tego, że indywidualna ordynacja, stosowanie małej ilości wody alkalicznej może przynieść choremu bardzo duże korzyści.

Hydrologiczne leczenie schorzeń wątroby i dróg żółciowych oraz przewodu pokarmowego, polega głównie na stosowaniu alkalicznych wód mineralnych. Autorowie na pierwszem miejscu stawiają Vichy. Stosując te wody mineralne należy zachować dwa warunki zasadnicze: polecać pić wodę w małych a rozdzielonych ilościach oraz kazać to czynić w położeniu pacjenta spoczynkowem, dzięki czemu unika się zastoju w systemie bramnym, ułatwia przepływ płynów przez naczynia włosowate jelit i umożliwia wolne ale zupełne wchłonienie.

Stosunkowo mało miejsca poświęcają autorowie leczeniu hydrologicznemu w dermatologji, a jeszcze mniej w przewlekłym gośćcu. Wskazania lecznicze są omówione według klinicznego podziału na gościec kostno-stawowy, włóknisty, mięśniowy z uwzględnieniem czterech głównych podziałów według etjologji: skazę gośćcową, postać infekcyjną, postać ostrą i urazową. Niesposób wymienić szeregu miejscowości francuskich, które autorowie uważają za nadające się do leczenia różnych postaci gośćca. Na pierwszem miejscu polecają znowu wody alkaliczne, mające wpływ na diurezę i przemianę elektrolityczną, następnie wody siarczane, wapniowe, siarczano-sodowe i t. d.

Dzieło zamyka krótki rozdział o talassoterapji. Godne uwagi jest zdanie autorów, podnoszące niezmierną wartość tego sposobu leczniczego, ale równocześnie przestrzegające, że jest to leczenie forsowne, co należy mieć na uwadze w wyborze wskazań.

Dzięki pracy dwóch poważnych autorów, nauka klimato- i hydrologji zyskuje wiele cennych i nowych wskazówek.

Dzieło przeznaczone dla lekarza praktyka, opracowane jest zwięźle i przejrzyście; jak wszystkie wydawnictwa francuskie jest bardzo tanie (30 fr.). *Janik* (Iwonicz).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Schorzenia z braku w organiźmie pewnych składników. E. v. GIERKE.. Med. Klin. Nr. 17, 1932.

Tak, jak schorzenia spowodowane nagromadzeniem się pewnych substancyj w organiźmie pochodzenia endogennego noszą nazwę *thesaurismoses,* przez analogję schorzenia spowodowane brakiem pewnych składników organizmu nazywa autor *aporinoses.* Do tych substancyj, tkórych brak wywołuje schorzenia, zalicza on tak organiczne jak i nieorganiczne czynniki, tak składniki pochodzenia egzogenicznego jak i endogenicznego.

Egzogeniczne: czynniki działające na skórę: ciepło (warunki cieplne otoczenia), promienie (słońce); czynniki działające przez płuca (tlen, jod); czynniki działające *per os:* ilościowo jak i jakościowo za mało doprowadzane substancje mineralne (Ca, P, Fe, i t. d.), brak połączeń nieorganicznych (wody), brak połączeń organicznych (awitaminozy).

Endogeniczne: schorzenia hormonalne, brak fermentów zewnętrznych (pozakomórkowych), jak i fermentów wewnętrznych (wśródkomórkowych), brak substancyj produkowanych przez pewne narządy *(anaemia perniciosa),* dalej schorzenia czynnościowe. *Godlowski* (Kraków).

Ciężkie niedokrewności po całkowitych wycięciach żołądka. K. GUTREIT. Klin. Wschr. Nr. 9, 1932.

Wiadomo, że u człowieka powstają niedokrewności po różnych schorzeniach żołądka i jelit, a także po zabiegach operacyjnych, jak wycięciach części jelita cienkiego, żołądka lub zespoleniach żołądkowo-jelitowych. Autor wykonał szereg doświadczeń na psach, którym wycinał cały żołądek, a następnie szczegółowo badał zachowanie się krwi, trawienie i mocz. Psy z początku nieznacznie traciły na ciężarze, później zaś bardzo wiele, bo 18—38% dawnej wagi. Wkrótce rozwijała się niedokrewność, po 4 miesiącach wartość hemoglobiny spadała nawet do 16%, ciałka czerwone z blisko 6 miljonów na 2 miljony, a wogóle wartość hemoglobiny spadała 20—80%, ciałek czerwonych 20—65%. Autor nie spostrzegał ciałek czerwonych jądrzastych, megalo lub retikulocytów. Natomiast pojawiała się aniso- i pojkilocytoza, tudzież polichromazja. Gdy aparat erytropoetyczny stale oddziaływał, to nie można było powiedzieć tego o aparacie leukopoetycznym. Klinicznie stwierdzano cechy dyspepsji, fermentacji z szczególnie małem wykorzystaniem tłuszczu, nadmierne gnicie (indykanurja). Zwiększające się uszkadzanie aparatu erytro- i leukopoetycznego. Niedokrewność ma charakter niedokrewności aplastycznej i hiperchromowej bez znamion wzmożonego niszczenia ciałek czerwonych. Ta niedokrewność jest następstwem nieprawidłowych procesów trawienia w jelitach. *Nowicki* (Lwów).

Rola żółci w wysokiej niedrożności jelitowej. BENEDICT, STEWART, CUTNER. Surg., Gyn. a. Obst. 1932. LIV/4.

Autorów zajmuje pytanie, dlaczego zejście śmiertelne jest szybsze, gdy niedrożność znajduje się tuż poniżej ujścia przewodu żółciowego i trzustkowego, niż gdy powyżej tego miejsca. Panuje powszechne zdanie, że chodzi tu o utratę soków trawiennych drogą wymiotów, stąd podanie żółci ludzkiej przez odbytnicę powoduje w niektórych przypadkach natychmiastowe ustanie wymiotów, poprawę tętna, i t. d. Powstaje więc pytanie, jaką rolę żółć odgrywa w tych przypadkach.

Autorowie użyli do doświadczeń psów, u których wykonywali niedrożność dokładnie na tej samej wysokości, poniżej ujścia przewodu trzustkowego i żółciowego. Aby uniknąć zabiegów podawania żółci po wytworzeniu niedrożności, autorowie wykonywali najpierw przetokę pęcherzykowo-jelitową, a dopiero następnie niedrożność powyżej tego miejsca. Psy, które otrzymywały żółć poniżej niedrożności, żyły 24 do 29 dni. Pies, który otrzymywał żółć przez wykonanie połączenia woreczka żółciowego z pętlą jelitową, żył 36 dni t. zn. o 3 dni dłużej niż pies Matsukury, który otrzymywał przez przetokę jelitową niżej niedrożności po 2000 cm^3 roztworu soli. Wynika z tego, że w niedrożności poniżej ujścia przewodu żółciowego i trzustkowego, żółć podawana poniżej tej niedrożności przyczynia się do przedłużenia życia psa, jednak działanie to silniej się nie uwydatnia.

Autorowie zauważają, że doświadczalna niedrożność jelit nie powoduje zmian w zawartości cholesteryny, soli żółciowych i barwika żółciowego. *Janik* (Iwonicz).

Doświadczenia własne z dożylną urografją. J. Šimon i J. BEDRNA. Praktický Lékař, z. 7, 1932.

Autorzy omawiają doświadczenia z dożylną urografją, przeprowadzone u 140 chorych. Jako ciał kontrastowych użyto uroselektanu A, abrodilu i uroselektanu B. Dwa pierwsze przetwory należy świeżo przygotowywać przed zastrzykiem, podczas gdy trzeci, uroselektan B, znajduje się gotowy w ampułkach à 20 cm^3 w 10% roztworze cukru. Cień kontrastowy występuje w odprowadzających drogach moczowych w kilka minut po wstrzyknięciu ciała kontrastowego do krwi, a w 10—20 minut po zastrzyku bada się chorego radjograficznie. Wspomniane ciała kontrastowe posiadają te zalety, iż są silnie kontrastowe, nie drażnią błony śluzowej dróg moczowych, nie wymagają specjalnych przygotowań ze strony chorego, wskazane jest tylko, aby był przed zastrzykiem naczczo. Wadą tych przetworów jest to, że są bardzo drogie. Dożylną urografję przeprowadzić należy w tych przypadkach, w których niemożliwe jest wykonanie cystoskopji. Metoda ta pozwala zorjentować się w położeniu nerek, ich kształcie i wielkości miedniczek. Zgrubsza poucza o uszkodzeniach czynności jednej lub obu nerek, o motorycznej czynności miedniczek i moczowodów, o uszkodzeniach wydzielania moczu. Dożylna urografja jest narazie jeszcze metodą niewystarczającą w rozpoznawaniu delikatniejszych zmian morfologicznych, a zupełnie nie można na niej polegać w diagnostyce kamieni nerkowych. Jeśli zawiedzie urografja dożylna lub jeśli uszkodzona jest czynność jednej lub obu nerek, musi się badania uzupełnić badaniem urologiczno-rentgenologicznem. *Ungar* (Lwów).

Szkodliwe działanie przekroczonych dawek rentgenowskich dozwolonych w diagnostyce. M. TEN DOORNKAAT KOOLMAN. Klin. Wschr. Nr. 4, 1932.

Autor robił doświadczenia na królikach, które prześwietlał wielokrotnie silnemi dawkami promieni X. Otóż w przypadkach naświetlania trwającego 20 minut (313 R) stwierdzał ciężkie uszkodzenia skóry, a także błony śluzowej żołądka. Dawka 165 R w 15 minutach powodowała wrzód przewlekły, jednak błony śluzowej żołądka nie uszkadzała. W skórze pojawiał się wyprysk, łysienie, strupy i owrzodzenia oraz martwica postępująca; w miejscu owrzodzeń stwierdzano głębsze wnikanie naskórka i tworzenie się pereł. W błonie śluzowej żołądka pojawiały się punkcikowate zaciągnięcia, pokryte krwawym strupem, dalej nieregularne uformowanie wzajemne gruczołów, niekiedy torbielkowato porozszerzanych, nacieki komórkowe zapalne i powstawanie tworów brodawczakowych. Ostatnio stwierdzano tworzenie się brodawczaków błony śluzowej. Zmiany te nie były rozmieszczone jednostajnie, ale dowolnie. *Nowicki* (Lwów).

Hepato-lienografja zapomocą torakotrastu. RICHARD LEVISOHN. Surg., Gyn. and Obst. lipiec 1932.

Autor stwierdza nieszkodliwość wstrzyknięcia dożylnego tego środka, nie wyklucza jednak możliwości późniejszych uszkodzeń wątroby i śledziony po dłuższem zatrzymaniu *torakotrastu* w tych organach. Przy metodzie tej uzyskuje się tylko zarysy zewnętrzne organów bez innych szczegółów. Autor nie przypisuje wymienionej metodzie wielkiego znaczenia praktycznego.

Michałowski (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Środki moczopędne rtęciowe. K. ENGEL. Klin. Wschr. Nr. 10, 1932 r.

Autor omawia na podstawie własnego bogatego doświadczenia działanie salyrganu, *novurit'u* i neptalu. Między salyrganem a *novurit'em* nie stwierdzał żadnej różnicy i uważa te preparaty za równowartościowe. Omawia szczegółowo sposoby stosowania i dawki. Wskazania do stosowania stawia szerokie: obrzęki na tle zastoju przy niedomodze serca, *ascites* w marskości wątroby, obrzęki w *nephrosclerosis ben. i mal.*, w pewnych warunkach wysięki w jamach surowiczych, w zatrzymaniu wody wskutek otyłości, w obrzękach w przebiegu nerczyc. Stosowanie prep. rtęciowych uważa za przeciwwskazane jedynie w toku zapaleń nerek kłębuszkowych zarówno ostrych, jako też podostrych i przewlekłych. Zaleca ostrożność w stosowaniu tych środków u starszych mężczyzn cierpiących na przerost sterczu oraz u chorych gorączkujących z ostrą sprawą zapalną błon surowiczych.

Karasiński (Kraków).

Dieta w przypadkach choroby Brighta. J. Mc. LESTER. (Birmingham). Journ. of Am. Med. Assoc. 1932, vol. 99, str. 199.

Nowe poglądy tyczące diety przy chorobach nerek, biorą pod uwagę raczej anabolizm białka, a nie katabolizm, uwzględniając, nie jak dawniej tylko stan nerek i substancje, powstające przy rozkładzie białka, lecz i ogólny stan chorego oraz znaczenie białka w ustroju ludzkim. Najnowsze prace dowodzą, że ustrój nietylko bez szkody znosi wielkie ilości białka, lecz naodwrót, jeśli dany osobnik ma utrzymać się przy pełnem zdrowiu i sił do pracy, musi w potrawie otrzymywać dostateczną ilość proteinów. Zakażenie, które wywołuje ostre zapalenie nerek (płonica, zapalenie migdałków i t. p.), przyczynia się do toksycznego rozpadu białka ustroju, wydzielanego moczem, a deficyt białka plazmatycznego uszkadza równowagę gospodarki wodnej. Według nowych poglądów (van Slyke), jeśli chcemy osiągnąć pełne wyzdrowienie np. w przypadku kłębuszkowego zapalenia nerek, musimy szybko skompensować stracone białko. To się może stać tylko drogą podawania znaczniejszej ilości białka, któreby wynagrodziło białko stracone. Doświadczenia wykazały, że przez podawanie białka w tych przypadkach, stan nerek wcale nie ulega pogorszeniu. Mc. Cann opisał przypadek chłopca z ostrem kłębuszkowem zapaleniem nerek, który uległ poprawie, gdy zwiększono ilość białka z 75 g na 150 g dziennie. Również autor ma dobre wyniki z wolną dietą w kłębuszkowem zapaleniu nerek. W ostrych i podostrych zapaleniach nerek radzi autor podawać 150 g białka dziennie wraz z odpowiednią ilością tłuszczu i węglowodanów. Białko należy podawać wysokowartościowe, w postaci mięsa, mleka i jaj. Również w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek stosować powinno się tę dietę. Przy nefrosklerozach, gdzie van Slyke znalazł prawidłową ilość proteinów w plaźmie, podawanie białka nie jest tak konieczne, jak przy ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek, lecz nie jest wskazanem zbytnie ograniczenie tegoż. Przecież jest to choroba, trwająca lata. Należy zatem podawać białko, które ma służyć do pokrycia deficytu proteinów w plaźmie, w przypadkach ostrego zapalenia nerek w ilości 150 g dziennie, przewlekłego zapalenia jeszcze więcej, a nefrosklerozy przynajmniej 75—100 g dziennie.

Ungar (Lwów).

Wpływ małej ilości sodu a większej potasu na obrzęki. BARKER. Journ. of Am. Med. Assoc., 1932. vol. 98. str. 2193.

Przeprowadzono szereg doświadczeń na psach, u których wywoływano obrzęki przez redukcję białka we krwi. Do pokarmu dodawano rozmaite sole, z których najskuteczniejszemi okazały się chlorek sodu i potasu. Po podaniu NaCl u psa natychmiast zauważono gromadzenie się płynu w tkankach i wzrost wagi aż o 40%. Po usunięciu NaCl z diety obrzęk znikł. Zastąpienie NaCl chlorkiem potasu w tej samej dawce w okresie obrzęku wywoływało w bardzo krótkim czasie silną diurezę. Zwierzęta traciły obrzęk, obniżył się ciężar ciała. Kliniczne spostrzeżenia tyczą się chorych z obrzękami leczonych i nieleczonych. Początkowo ograniczano ilość Na, jako takiego i w potrawach. Autor podaje spis dietetyczny potraw z małą ilością Na a znaczną K. Oprócz tego podaje potas w dawce 5 g dziennie, dawka — zdaniem autora — wystarczająca w przypadkach obrzęku sercowego i sercowo-naczyniowego pochodzenia. Autor opisuje kilka przypadków schorzeń serca z obrzękami, u których chorzy zażywali naparstnicę, *ammonium chloratum* i salyrgan, dieta była ubogą w sól, lecz obrzęki utrzymywały się nadal. W tych przypadkach skuteczną okazała się dieta z małą zawartością Na, znaczną K bez innej terapji. Podobny wynik osiągnął autor i w przypadkach nerczycy.

Ten sposób wzmożenia diurezy wypróbował autor w 16 przypadkach. Z tych w 4 wynik był mało zadawalniający. Natomiast zwłaszcza w przypadkach obrzęków zastoinowych wynik był nadzwyczajny. Również korzystny wynik osiągnął autor w 2 przypadkach przewlekłego schorzenia sercowego ze znacznemi obrzękami. Był to przypadek *stenosis mitralis*, który 4 miesiące wolny był później od obrzęków, oraz przypadek *stenosis mitralis et pulmonalis*, a który przez 6 miesięcy wolny był następnie od obrzęku. Niektórzy chorzy na nerczycę stracili obrzęki dopiero po 10 g K. Główną rolę odgrywa tu szczegółowe przepisanie diety.

Ungar (Lwów).

Leczenie starszych chorych na cukrzyce ze zmianami sercowo-naczyniowemi. STRONSE, SOSKIN, RATZ i RUBINFELD. Journ. of Am. Med. Assoc. 1932, V. 98. str. 1703.

W ostatnich latach zgodne spostrzeżenia licznych autorów wykazały, że miażdżyca i schorzenia serca sa główną przyczyną śmierci cukrzycowych. (Joslin, Lewin, Parsonnet, Hyman i in.). Dzięki insulinie przyczyna śmierci przesunęła się ze śpiączki cukrzycowej w kierunku schorzeń naczyń wieńcowych. Powstała sytuacja paradoksalna, ponieważ rozpoczęto insulinę obwiniać, jako przyczynę śmiertelnych schorzeń serca u cukrzycowych (Turner i Modern i in.). Z tego powodu autorzy sami badali wpływ wstrzykiwań insuliny u cukrzycowych z objawami zwężenia n. wieńcowych lub anginy piersiowej. Po zastosowaniu odpowiedniej diety podawali im insulinę, nie zwracając uwagi na ich stan sercowo-naczyniowy. Przedmiotowo stwierdzili prawie zawsze spadek ciśnienia krwi, szybsze tętno, czasami występowały skurcze dodatkowe, drgania włókienkowe uszka lub napady anginy piersiowej. Ekg. wykazywał typowe zmiany. Wielkie znaczenie posiada okres, przez który podaje się insulinę (autorzy podawali 30—70 jednostek dziennie), oraz stopień różnicy pierwotnego poziomu cukru we krwi a nowego, obniżonego pod wpływem insuliny. Podmiotowo skarżyli się chorzy na osłabienie, niepokój nerwowy, bicie serca, ból w okolicy serca a niekiedy na typowe bóle anginowe. Opisany jest ciekawy przypadek 50 letniej chorej, cierpiącej na cukrzycę, u której stan polepszał się pod wpływem samej diety, ubogiej w węglowodany, lecz poprawie towarzyszyły częste napady anginy piersiowej, połączone z napadowem drganiem włókienkowem uszek bez objawów zakrzepu wieńcowego. Po podaniu większej ilości węglowodanów napady natychmiast ustawały. Po jednem wstrzyknięciu 25 jednostek insuliny wystąpił u chorej, która przedtem doskonale się czuła, typowy ból anginowy z drganiem włókienkowem uszka i komorowemi skurczami dodatkowemi. Po 35 minutach trwania napadu podano chorej znaczniejszą ilość węglowodanów drogą doustną i dożylnie. W ciągu 5 minut bóle ustąpiły. W przypadku tym jedynie insulinę można czynić odpowiedzialną za powyższe uszkodzenia nieprawidłowego serca.

Ungar (Lwów).

Wybór roztworu w kroplówce odbytniczej. PERUSSE. Surg., Gyn. a. Obst. 1932, LIV/5.

Według badań autora do tego celu nadaje się najlepiej 1% roztwór cukru gronowego z ewentualnym dodatkiem ½% roztworu dwuwęglanu sodu, celem równoczesnego zwalczania kwasicy.

Janik (Iwonicz).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Zagadnienie poronień. Fr. J. TAUSSIG (S. Louis, Mo.). Amer. J. Obs. and Gyn. V. XXII. 6.

Autor przyjmuje liczbę 700.000 poronień rocznie jako bynajmniej nie przesadzoną dla obecnych warunków życiowych Stanów Zjednoczonych. Jeżeli zaś cyfry te z każdą dekadą ulegają zwiększeniu, to nie jest to bynajmniej faktem odosobnionym, gdyż podobnie dzieje się i w innych państwach. Wzrost ilości poronień nie jest bowiem wyrazem obniżenia moralności, lecz posiada głębsze swe przyczyny, z których najważniejsze są: zmniejszenie się śmiertelności dzieci, zmienione warunki społeczne i życiowe kobiet i warunki ekonomiczne regulowane przez rynki światowe. Charakterystyczną rzeczą jest, że wzrost ilości poronień rozpoczął się u kobiet zamężnych, mających troje lub więcej dzieci. Wraz

ze wzrostem poronień zwiększyła się również liczba małżeństw bezdzietnych, skutkiem używania środków przeciw zapłodnieniu i liczba śmierci skutkiem zakażenia podczas poronień kryminalnych. Autor ocenia tę liczbę zgonów na 15.000 rocznie. Dawałoby to ilość zgonów siedmiokrotnie większą, aniżeli ilość zgonów po porodach zakażonych. Doświadczenie republiki sowieckiej legalizującej poronienia dają znacznie niższy odsetek zgonów dzięki wykonywaniu poronień przez fachowych lekarzy. Wkońcu zastanawia się autor nad zagadnieniem poronień, które jest tak dawne, jak dawno istnieje rasa ludzka i tak ważne jak ważnem jest życie ludzkie i sądzi, że ono nigdy jednostronnie, a więc na podstawie samej religji czy też polityki, rozwiązać się nie da. Wymaga ono bowiem uwzględnienia wszystkich warunków, które stwarza przymus życia w społeczeństwie. *Wiślański* (Lwów).

Zestawienie poronień leczonych w ciągu dwóch lat w miejskim szpitalu w Louis ville. W. O. JOHNSONS (Louis ville, Ky.). Amer. J. Obs. and Gyn. V. XXII. 5.

Ogółem było 329 przypadków. Autor podzielił je na dwie grupy. Do pierwszej, obejmującej 41 przypadków zaliczył grożące poronienia, do drugiej zaś, obejmującej 288 przypadków zaliczył poronienia przebyte, niezupełne *(residua post abortum).* We wszystkich przypadkach poronienie — bez względu na przyczynę — rozpoczęło się przed przyjęciem do szpitala. W grupie pierwszej leczenie nie różniło się od ogólnie znanych zasad, a więc: spokój, leżenie w łóżku, *opiata* i dieta płynna. Czynnie występowano jedynie w przypadkach silnych krwawień. W drugiej grupie znajdowały się przypadki gorączkujące (13.1%), silnie krwawiące (79.1%), z wyraźną bolesnością powłok brzusznych (59%), dodatnim odczynem Wassermanna (10.4%) i białkiem w moczu (25%). Ciepłota w 23% dochodziła do 38°, w 26% powyżej 38°. Tylko w 16% przypadków wraz z płodem odeszło łożysko, mimo to niektóre z nich wymagały usunięcia resztek powodujących krwawienie. Łożysko jako też resztki usuwano łyżeczką. Po oczyszczeniu macicy wstrzykiwano chorej kilkakrotnie co 1/2 godziny 1.5 cm³ pituitryny. Oprócz tego podawano ergotynę. W nielicznych tylko przypadkach postępowanie to nie wystarczyło i musiano tamponować pochwę. Niekiedy też zakładano do szyi gazę z jodyną na 24 godzin, a dopiero następnie przystępowano do opróżniania macicy. Autor sądzi, że opisane postępowanie zmniejsza odsetek śmiertelności, które w jego zestawieniu wynosi 1.4%. *Wiślański* (Lwów).

Śmiertelność płodów. R. M. GRIER (Evanston, Ill.). Am. J. Obs. and Gyn. V. XXII. 6.

Autor omawia krytycznie śmierć 225 płodów spostrzeganą w 4668 porodach. Wynosi to 4.8%. Po odrzuceniu jednak przypadków pozornie tylko tu należących odsetek ten wyniesie 3.16%. Poprawka ta dotyczy płodów młodszych aniżeli 7 i 1/2 miesiąca. Autor sądzi bowiem, że dopiero płody starsze można uważać jako zdolne do samodzielnego życia. Przebieg porodów był następujący: siłami przyrody 68.8%, chinina i pituitryna 10.8%, założenie balonu 15.1%, cięcie cesarskie 5.3%.

Ze względu na schorzenia rodzących zestawienie to obejmuje: zatruć ciążowych 15.1%, nieprawidłowości i schorzenia łożyska 11.9%, nieprawidłowości macicy 2.6%. W grupie zatruć ciążowych odróżnia autor: zatrucia ciążowe 26 przyp., zatrucia ciążowe i odklejenie przedwczesne łożyska 3 przyp., wielowodzie, zapalenie nerek 4 przyp., zatrucie ciążowe i zapalenie mięśnia sercowego 1 przyp.

Z nieprawidłowości macicy omawia autor 6 przypadków, wśród których znajdują się: macica przedzielona, włókniakowo zmieniona, w tyłozgięciu i po poprzedniem cięciu cesarskiem.

Z chorób przypadkowych występowały: zapalenie miedniczek nerkowych (6 razy), zapalenie płuc, mięśnia sercowego, woreczka żółciowego, trzustki, ślepej kiszki, niedokrwistość złośliwa, torbiele jajnika, wrzód dwunastnicy.

Ogółem śmiertelność płodów w 3100 porodach, odbytych siłami przyrody wynosi 3.5% (względnie 2%), zaś w 1568 przypadkach porodów operacyjnych śmiertelność płodów wynosi 7.4% (wzgl. 5.6%). Na poszczególne zabiegi wypada więc. na 1122 kleszczy 3.1% (wzgl. 2.6%), w tem po kleszczach wysokich 18.5%, po średnich 5.1%, po niskich 2.2%.

Pomoc ręczną i wyjęcie płodu wykonano w 67%, śmiertelność płodów wynosi 22.5% (17.7%). W tej liczbie było zmacerowanych płodów 7%.

Obrotów i wyjęcia płodu wykonano 3%. Śmiertelność płodów wynosiła 25.7% (23.5%). W tem było łożysk przodujących i przedwcześnie odklejonych 12.1%, płodów zmacerowanych zaś i nietętniących pępowin 19.2%. Cięć cesarskich wykonano 130 = 2.7%. Śmiertelność płodów wynosi 4.6% (2.3%).

Z opisanych 225 płodów zmarłych przed lub w czasie porodu obdukcję wykonano na 111 płodach. Okazało się z niej, że przyczyny śmierci płodów były różne i tak: krwawienia do mózgu 23 razy, w tem 16 urazowych, oskrzelowe zapalenie płuc 4 razy, zapalenie opon miękkich 2 razy, pęcherzyca 2 razy, wodogłowie 2 razy, wady serca 10 razy, zaciśnięcie pępowiny 10 razy, atelektaza wrodzona 12 razy, asfiksja wewnątrz macicy 10 razy, brak czaszki 4 razy, maceracja płodu 4 razy. *Wiślański* (Lwów).

Ocena sprawności serca w ciąży i na czas porodu. OFFERGELD. Archiv f. Gyn. T. 146. z. 3.

W celu przekonania się o sprawności serca nie wystarczy jednorazowe nawet najdokładniejsze badanie. Należy serce badać kilkakrotnie, o ile możności nawet w różnych warunkach, a do badania użyć należy wszystkich znanych metod klinicznych, nie wyłączając prześwietlenia i dopiero na podstawie porównania wyniku badań możemy wyrobić sobie mniej więcej słuszny sąd o sprawności serca. Ponieważ w sprawie tej grają rolę nietylko czynniki fizykalne ale i biologiczne, więc dokładne rozpoznanie wymaga dużej wprawy i sumiennego badania. Schorzenia mięśnia sercowego są o wiele więcej groźne, aniżeli wady zastawkowe. *K. B.* (Lwów).

W sprawie sposobu przenoszenia sił wydalających w czasie porodu. WAHL. Archiv f. Gyn. T. 146. z. 3.

Jako sposoby przenoszenia sił wydalających w czasie porodu wchodzą w grę tak ciśnienie hydrauliczne jak i ciśnienie wzdłuż kręgosłupa płodu.

W znaczeniu ściśle fizykalnem nie można macicy nazwać prasą hydrauliczną, lecz można ją z nią porównać jako zbiornik o zasadach hydraulicznych. Możnaby mówić o prasie biologiczno-hydraulicznej. W czasie porodu zasadnicze ciśnienie hydrauliczne istnieje i nawet dominuje, lecz w razie znacznego niedostatku wód płodowych może go nawet zupełnie brakować.

Ciśnienie wzdłuż kręgosłupa płodu w pewnych wypadkach w razie obecności 2 punktów stałych i wytworzenia się płaszczyzny ślizgowej *(Gleitschiene)* może być bardzo duże, a nawet przewyższać ciśnienie hydrauliczne np. w przypadkach znacznego niedostatku wód płodowych. Pod płaszczyzną ślizgową rozumieć należy wewnętrzną, wklęsłą ścianę macicy, na której układa się grzbiet płodu. Przez kombinację elastycznej ściany macicy z wieloczłonowym tworem, jaki stanowi kręgosłup płodu, powstaje stały układ przenoszący ciśnienie. Okres porodu, a więc przed czy też po pęknięciu pęcherza, czy w pierwszym czy też w drugim okresie, jest dla ciśnienia wzdłuż kręgosłupa płodu bez znaczenia, o ile tylko istnieją wspomniane wyżej warunki t. j. punkta stałe i powierzchnia ślizgowa. *K. B.* (Lwów).

Trudności w uzyskaniu zdjęć rentgenowskich przeglądowych. WAHL. Archiv f. Gyn. T. 146. z. 3.

Zdjęcia rentgenowskie przeglądowe ciał o różnym składzie, o różnym ciężarze gatunkowym i różnej grubości są w wysokim stopniu zależne od procesów wchłaniania i rozpraszania jako też od równomierności stopniowania.

W przypadkach, gdzie zachodzą wielkie różnice grubości ciała prześwietlanego i gdzie oprócz tego suma ciężarów atomowych części grubszych jest większa niż części cieńszych, a nadto części grubsze nie dadzą się ucisnąć, poleca autor wypełnienie warstw cieńszych poduszką wodną odpowiedniej grubości. Sposób ten nadaje się przedewszystkiem dla zdjęć bocznych miednicy u osób ciężarnych. *K. B.* (Lwów).

Znaczenie opadania krwinek dla celów ginekologicznych. EUFINGER. Archiv f. Gyn. T. 146, z. 2.

Pipetę długości 100 mm o kanale szerokim na 1 mm po wypełnieniu krwią zmieszaną z *natr. citric.* ustawia autor prostopadle i co 15 minut notuje ilość milimetrów, o które krwinki opadły. Czyni to przez 1 1/2 godziny, a więc 6 razy i notuje odpowiednie liczby na krzywej, która ma charakterystyczny przebieg, a mianowicie wysokość kąta zagięcia krzywej, kąt zagięcia i czas, w jakim krzywa dosięgła szczytu.

Te trzy czynniki zdaniem autora stanowią zupełnie samodzielne i od siebie niezależne objawy, z których każdorazowego zachowania się można w stanach fizjologicznych kobiety np. w czasie ciąży lub w czasie regularności ocenić prawdziwy stan krwi.

W stanach patologicznych (zapalenie, rak), metoda ta, zdaniem autora, tak co do rozpoznania jak i rokowania przewyższa znacznie wszystkie dotychczasowe. *K. B.* (Lwów).

Przyczynek do leczenia gorączki połogowej krwią własną. LITWAK. Archiv f. Gyn. T. 146. z. 2.

Materjał obserwacyjny obejmuje 598 przypadków. U chorych przyjętych w początku zachorowania, wstrzykiwano 10 cm³ krwi z żyły przedramienia bez żadnych dodatków w okolicę pośladków.

Następnie dawki zmniejszano stale o 1 cm³, a wstrzykiwania uskuteczniano w odstępach 1—2 dni. Dawkowanie to polegało na tem rozumowaniu, że w ostrym okresie choroby ustrój potrzebuje natychmiastowego, silnego bodźca, aby bez straty czasu mógł zmobilizować swe siły rezerwowe. U chorych, które przyjęto w kilka dni po zakażeniu, rozpoczynano leczenie dawką 5 cm³, którą następnie zwiększano zawsze o 1 cm³. W tych przypadkach bowiem, zdaniem autora, ustrój już sam odrazu mobilizuje swą siłę odporną i można mu tylko ostrożnie pomagać, stosując powoli i stopniowo dawkę najlepszą.

Przypadki *endometritis i lochiometra* reagowały dobrze na to leczenie, mimo że nie podawano tym chorym ani sporyszu ani chininy. Macica stopniowo kurczyła się dobrze, ogólny stan się poprawiał i ciepłota opadała. W przypadkach owrzodzeń połogowych naloty znikały po 2—3 dniach zupełnie i powierzchnię wrzodów pokrywała żywa ziarnina. Początkowe zapalenia sutków ustępowały. W przypadkach, które za późno się zgłosiły i w których nie można było już zapobiec zropieniu, pod wpływem tego leczenia ropienie przyjmowało postać ograniczonego ropnia. W przypadkach zapaleń miedniczek nerkowych stosowano powyższe leczenie bardzo ostrożnie. Stan ogólny tych chorych poprawiał się, ilość elementów komórkowych w moczu zmniejszała się. Dobre wyniki dawały również przypadki zapalenia otrzewnej w miednicy i tkanki łącznej, podczas gdy przypadki ropniaków jajowodów reagowały na to leczenie bardzo słabo lub wcale nie.

Wątpliwe bardzo są wyniki w przypadkach ogólnego zakażenia, choć i w tych przypadkach zaleca autor powyższe leczenie jako pomocnicze dla zmobilizowania sił odpornych ustroju.

W drugiej części swej pracy omawia autor zmiany, jakie w czasie powyższego leczenia wykazują hemogramy. Zmiany ilości ciałek czerwonych i leukocytów nie upoważniają do żadnych konkretnych wniosków. Ilość płytek krwi w czasie leczenia zwiększała się, co autor odnosi do zwiększenia się sił odpornych ustroju.

Część trzecia pracy zawiera liczne daty statystyczne zakładu położniczego w Leningradzie, co nie nadaje się do streszczenia.

K. B. (Lwów).

KOMUNIKATY ZAWODOWE.

Sekcja Lekarzy Praktyków
Obwodu Lwowskiego Z. L. P. P.

Lwów, dnia 12 stycznia 1933.

Pisma, wysłane do Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie i do Zarządu okręgu lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego, w związku z uchwalonemi wnioskami I-szego zwyczajnego zebrania Sekcji Lekarzy Praktyków odbytego dnia 17 grudnia 1932.

Do Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie

przez Zarząd Obwodu i Okręgu Lwowskiego Z. L. P. P. we Lwowie.

I. zwyczajne zebranie Sekcji Lekarzy Praktyków we Lwowie, zdając sobie sprawę ze zbyt znacznego obciążenia podatkowego lekarzy praktycznych, widzi największą krzywdę w opodatkowaniu całego stanu lekarskiego podatkiem obrotowym. Podatek ten bowiem, jest rodzajem podatku obciążającego zawody o typie handlowym, do którego zawód lekarski jako „wolny zawód" nie mający nic zupełnie do czynienia z pojęciem „handlu" nie powinien być podciągnięty.

Zebranie Sekcji Lekarzy Praktyków Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Obwód Lwów, zwraca się do Naczelnej Izby Lekarskiej, aby ta przez użycie swoich wpływów u właściwych Władz doprowadziła do skutku wyłączenie lekarzy z grupy opłacających podatek obrotowy.

Zawód lekarski ma w sobie zbyt dużo pierwiastków idealnych i społeczeństwo wobec niego stawia żądania o znaczeniu idealnem i nigdy społeczeństwo nie uważało i nie uważa go za zawód o typie handlowym.

Za Zarząd:

Sekretarz: *Dr. J. Pieniążek* m. p.
Przewodniczący: *Prof. Dr. M. Franke* m. p.

Do Zarządu Związku Lekarzy Państwa Polskiego Okręgu Lwowskiego na ręce Zarządu Obwodu Lwowskiego we Lwowie ul. Lindego 5.

W wykonaniu uchwał I-szego zwyczajnego zebrania członków Sekcji Lekarzy Praktyków zwracamy się niniejszem do P. T. Okręgu z prośbą o interwencję w Izbie Skarbowej Nr. 1 i 2 w porozumieniu z Lwowską Izbą Lekarską w celu dopuszczenia lekarzy w charakterze członków Komisyj Szacunkowych, a szczególniej Odwoławczych.

Kandydatami na członków Komisji powinni być każdocześnie proponowani przez Okręg Z. L. P. P. i Lwowską Izbę Lekarską, lekarze zorjentowani dokładnie w stosunkach dochodowych kolegów. Celem umożliwienia orjentacji lekarskich członków Komisji szacunkowej i odwoławczej uznano jako najwłaściwsze zaprowadzenie ksiąg dochodów i rozchodów dla wszystkich lekarzy.

Typ księgi powinien być uzgodniony między Izbą Lekarską a Władzami Skarbowemi. Księgi te podlegające wglądowi odnośnych lekarzy, członków Komisyj Szacunk. i Odwoławczych stanowiłyby podstawę do wymiaru podatków.

Prócz tego zwracamy się do Zarządu Lwowskiego o interwencję w Województwie w celu wyjednania wypłaty zalegających należytości lekarzy zajętych w pomocy Lekarskiej dla Pracowników Państwowych we Lwowie, jak i poza Lwowem, gdyż zaległości te rujnują wiele rodzin lekarskich.

Za Zarząd:

Sekretarz: *Dr. J. Pieniążek* m. p.
Przewodniczący: *Prof. Dr. M. Franke* m. p.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 20 lutego 1932 r.
Przewodniczy: Prezes Kol. Rożkowski.

1. Prezes Kol. Rożkowski wita prof. Władysława Szenajcha, który przybył do Częstochowy, aby wygłosić odczyt na dzisiejszem posiedzeniu T-wa; podkreśla, że prof. Szenajch pracę swą lekarską rozpoczął na prowincji, jednak i dziś, po osiągnięciu zaszczytnej godności profesora, zachowuje serdeczne i głębokie nici łączności z byłymi kolegami z prowincji, nie przestaje interesować się ich życiem i pracą, najlepszym dowodem czego jest Jego dzisiejsza obecność w naszem gronie; wita go również jako autora przepięknej pracy: „Przysięga i przykazania Hipokratesowe", gdyż w pracy tej prof. Szenajch hołduje wzniosłym ideom, głoszonym ongiś przez ś. p. Dra Władysława Biegańskiego, założyciela i pierwszego długoletniego prezesa naszego T-wa.

2. Prof. Władysław Szenajch po złożeniu podziękowania za wyrazy uznania wygłasza odczyt: *„Leczenie płonicy i błonicy surowicą".*

W przebiegu płonicy należy odróżniać objawy, zależne od działania toksyn (podniesienie t°, przyśpieszone tętno, ciężki stan ogólny) i objawy, zależne od samych bakteryj, powstające na skutek działania toksyn (ropienie ucha, ropnie gruczołów, zmiany w stawach i t. d.). W zależności od przewagi objawów toksycznych lub bakteryjnych można przyp. płonicy podzielić na 3 grupy: I grupa — gdzie mamy przewagę objawów toksycznych (około 75%); II z przewagą objawów bakteryjnych (około 10%); III, gdzie dość silnie są zaznaczone objawy toksyczne i bakteryjne (około 15%).

W każdej z tych grup spotykamy przypadki lekkie, średnio ciężkie i bardzo ciężkie.

Surowica przeciwpłonicza, którą obecnie rozporządzamy, jest surowicą tylko antytoksyczną i działa tylko na objawy toksyczne.

Płonica jest chorobą bardzo kapryśną: przed 20 laty śmiertelność na płonicę osiągała 30%, obecnie śmiertelność jest znacznie mniejsza; jednak płonica nie jest u nas chorobą tak niewinną, jak na zachodzie Europy, gdzie, naprzykład we Francji śmiertelność wynosi tylko 0.6%. Dość ciężko przebiega natomiast płonica w Europie środkowej, północnej, wschodniej, a więc i u nas.

Przy określaniu działania leczniczego jakiego bądź środka, a więc i surowicy winna być zachowana jedność miejsca i czasu. Badania Dicka wykazały, że paciorkowce są zmienne; surowica więc musi być przygotowana ze świeżych szczepów. W przypadkach, gdzie surowica jest dobrze dobrana, wyniki otrzymujemy wprost zdumiewające.

Przy badaniu działania surowicy w czasie epidemji płonicy w 1929 r. podzieliliśmy chorych na 2 grupy; połowę leczono surowicą, drugą połowę bez surowicy.

Szczególniej wybitny wpływ surowica okazała na gorączkę i tętno. W przypadkach, leczonych bez surowicy ciepłota i tętno dochodziły do normy po 8—10 dniach, przy stosowaniu surowicy dochodzą do normy w 2—3 dni; w przypadkach bakteryjnych stosowanie surowicy pozostało bez wyniku; w przypadkach mieszanych wpływ surowicy był bardzo nieduży.

W przypadkach toksycznych surowica okazała się środkiem potężnym, lecz trzeba ją stosować jak najwcześniej, szczególniej

tam, gdzie objawy toksyczne są silnie zaznaczone, gdzie ciepłota dochodzi do 40°, tętno jest silnie przyśpieszone i przytomność zamroczona. W przypadkach lekkich można wyczekiwać 3—4 doby i stosować surowicę w razie pogorszenia.

Co do działania surowicy na II okres choroby (zajęcia nerek, stawów, gruczołów) zdania są podzielone. Na naszym materjale niewielki wpływ surowicy stwierdzono w zapaleniu nerek i stawów, zresztą sprawy te potrafimy zwalczać i bez surowicy.

Pozostaje pytanie, w jakich ilościach należy zastrzykiwać surowicę przeciwpłoniczą. Dawniej dawka przeciętna wynosiła 50 cm³, obecnie, gdy mamy surowicę b. stężoną, wystarcza 10—20 cm³, zależnie od ciężkości przypadku.

Dość często występuje choroba posurowicza, trwająca kilka dni. Pewnych środków zapobiegawczych niema; działanie zapobiegawcze efetoniny jest bardzo nieduże. Brokman robi doświadczenia z podawaniem w tym celu pewnej ilości surowicy doustnie, względnie peptonu otrzymanego z tej surowicy.

Bardziej znane jest działanie surowicy przeciwbłoniczej, gdyż używamy jej około 30 lat. Wobec znacznego nasilenia epidemji błonicy ostatniemi czasy, zjawiły się głosy przeciwko stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. Głosy te jednak są nieuzasadnione, jeśli rozważymy, czem jest surowica przeciwbłonicza. Otóż wiemy, że surowica jest środkiem zapobiegawczym, chroniącym organizm od późniejszych szkodliwości, które mogą pozostać naskutek działania niezwiązanych toksyn. Natomiast wiemy, że surowica nie może wpłynąć na szerzenie się epidemji. Działanie surowicy możnaby porównać z działaniem straży ogniowej, zadaniem której jest stłumienie pożarów, a nie zapobieganie im. Stąd też płynie kardynalna zasada o jak najwcześniejszem stosowaniu surowicy; potwierdza się tu, jak może nigdzie, przysłowie: *„bis dat, qui cito dat"*.

Czy może surowica obecnie gorzej działa na przebieg choroby, niż dawniej? Dane statystyczne kategorycznie przeczą temu. Jeśli porównamy krzywe śmiertelności od błonicy z czasów przed stosowaniem surowicy i czasów obecnych, widzimy, że krzywa ta w ostatnich latach, mimo dość dużych i złośliwych epidemij, nie wzrasta.

Spotykamy i obecnie przypadki, gdzie surowica działa mało, lub nawet wcale nie działa, są to jednak przypadki rzadkie i zwykle bardzo ciężkie, gdzie jadowitość zarazka jest bardzo silna, lub infekcja jest mieszana (najczęściej z paciorkowcami), lub wreszcie organizm chorego jest bardzo osłabiony i mało odporny. W przypadkach normalnych, których jest około 90%, surowica działa zawsze skutecznie, gdy jest zastosowana wporę. I tu właśnie, we wczesnem rozpoznaniu błonicy, z czem mamy niekiedy znaczne trudności, kryje się podstawa takiego lub innego działania surowicy. Przy anginie podejrzanej na błonicę należy wobec tego albo prowadzić ścisłą obserwację, albo dokonać badania bakterjologicznego; trzeba jednak pamiętać, że tylko dodatni wynik badania bakterjologicznego ma wartość bezsporna, w wypadku ujemnym decyduje klinika.

Ważną też jest dla lekarza-praktyka sprawa dawkowania surowicy. Szkoły francuska i amerykańska stosują dawki bardzo duże, szkoła niemiecka a też i my używamy dawek średnich. Niezgodność ta jest jednak tylko pozorna, bowiem surowice francuska i amerykańska są znacznie słabsze (mają mniej jednostek); nasze surowice są natomiast b. stężone. Stosujemy zwykle w 1—2 dniu choroby 8—10 tysięcy jednostek, gdy skutek jest niedostateczny dodajemy jeszcze 5—6 tysięcy jednostek. W przypadkach ciężkich stosujemy do 30 tysięcy jednostek.

Obecna epidemja błonicy naogół jest ciężka i złośliwa: daje do 5% przypadków ciężkich, często też występują porażenia, niekiedy nawet w czasie trwania samej choroby; dawne statystyki wykazywały znacznie mniejszą ilość przypadków ciężkich (np. 5 porażeń na 1400 zachorowań).

A więc, jak surowica przeciwbłonicza, tak i przeciwpłonicza są środkiem bardzo potężnym w zwalczaniu skutków działania toksyn i jako takie winny być szeroko stosowane.

W dyskusji: Kol. Szaniawski zaznacza, że w praktyce prywatnej określenie stopnia toksyczności szkarlatyny jest niekiedy dość trudne, natomiast rodzice chorego, słysząc o istnieniu surowicy, żądają stosowania jej w każdym wypadku. Co do błonicy sądzi, że o ile rozpoznanie błonicy jamy gardzielowej nie nasuwa większych trudności, o tyle łatwo jest przeoczyć błonicę nosa, ważnym objawem rozpoznawczym w tych przypadkach będzie obecność ropno-krwistej wydzieliny z nosa.

Kol. Batawia zapytuje, dlaczego obecnie musimy niekiedy zastrzykiwać 10 tys. jednostek surowicy przeciwbłoniczej, a niekiedy i więcej, gdy dawniej wystarczało 2 tys. jednostek; zapytuje też, jak należy traktować krup u ssawców, gdzie laryngoskopowanie jest niemożliwe.

Kol. Secomski zapytuje, czy przed zastrzykiem surowicy należy badać mocz, oraz jak leczyć formy bakteryjne.

Kol. Stefan Kon podaje, że prof. Bie z Kopenhagi stosuje w ciężkich przypadkach błonicy 300 tys. jednostek surowicy skoncentrowanej, z tego część dożylnie (1 cm³ surowicy na 1 kg wagi — maksymalnie 50 cm³), resztę domięśniowo; korzyści tej metody są podwójne: 1) wprowadza się do ustroju dużo ciał ochronnych, 2) ustrój otrzymuje mniej białka obcego (zapobieganie anafilaksji); wyniki podobno są bardzo dobre. Knauer z Wrocławia w ciężkiej błonicy stosował injekcje neosalwarsanu, wychodząc z założenia, że wypadki ciężkie powstają przy infekcji mieszanej (Plaut-Vincenta); w 4 ciężkich przypadkach uratował w ten sposób 3 chorych.

Kol. Koniecpolski podkreśla, że sprawa możliwie wczesnego stosowania surowicy przeciwbłoniczej była niedawno omawiana w naszem Towarzystwie. Zapytuje, czy surowica przeciwpłonicza nie jest też jednocześnie antyendotoksyczna.

Kol. Bogucki zapytuje, jak należy leczyć porażenia pobłonicze.

Kol. Konar — jak przedtem Kol. Batawia, interesuje się, dlaczego obecnie stosuje się tak duże dawki surowicy przeciwbłoniczej.

Kol. Rożkowski zapytuje, czy obecnie surowicę stosuje się tylko domięśniowo, przed wojną bowiem stosowano ją i podskórnie.

Prelegent odpowiada: na pytanie, dlaczego obecnie stosuje się tak duże dawki, trudno dać odpowiedź ścisłą, należy przypuszczać, że albo toksyczność zarazków obecnie jest większa, albo organizmy są słabsze i mniej odporne; należy jednak pamiętać, że śmiertelność dawniej (przy małych dawkach) była większa, niż obecnie; Pirquet wypowiada się za małemi dawkami. Białko nawet w małych ilościach może działać toksycznie. Przy podejrzeniu na krup u ssawców lepiej jednak stosować surowicę. Obecna surowica przeciwpłonicza jest tylko antytoksyczną; Niemcy i Szwecja wyrabiają podobno surowicę antyendotoksyczną. Zastrzykiwać surowicę należy bezwzględnie domięśniowo, w bardzo ciężkich przypadkach małą część dawki można wprowadzić dożylnie, resztę domięśniowo; stosowaliśmy też surowicę przeciwbłoniczą dordzeniowo (chodziło o porażenia), jednak bez wyników wyraźnych, zresztą zastrzyk do kanału rdzeniowego jest dość trudny, gdyż dziecko broni się i krzyczy, co źle wpływa na osłabione serce. Badanie moczu przed zastrzykiem jest zbyteczne: gdzie chodzi o ratowanie życia, tam nawet duże ilości białka nie mogą być brane pod uwagę. Bakteryjne formy płonicy należy leczyć symptomatycznie. Leczenie uczulające (omnadyna, mleko i t. p.) nie dało wyników zadawalających. Przy leczeniu porażeń zalecamy przedewszystkiem spokój (leżenie w łóżku), prócz tego stosujemy strychninę i surowicę.

3. Prof. Wł. Szenajch wygłosił odczyt: *„O przyczynach upadku stanu lekarskiego"*.

Prelegent sądzi, że poza szeregiem przyczyn zewnętrznych, niezależnych od lekarza (Kasy Chorych, pauperyzacja ogólna i t. p.) jedną z bardzo ważnych przyczyn przeżywanego przez świat lekarski kryzysu tkwi w nas samych.

Część lekarzy mniej szanuje swój stan, niż to było dawniej, traktując medycynę, jako zawód, mniej lub więcej intratny, niekiedy nawet, jak rzemiosło, a nie jak szczytne powołanie, zapomina, że medycyna powstała z miłosierdzia i miłości dla ludzi i że lekarz tylko wtedy zyska szacunek społeczeństwa i może osiągnąć zadowolenie moralne, gdy celem jego będzie przedewszystkiem niesienie ulgi ludzkości cierpiącej. Kto zapomina o tem, będzie tylko lekarzem z imienia, a nie z ducha. Powrót do etyki głoszonej przez wybitnych lekarzy wszech czasów od Hipokratesa poczynając, a kończąc na bliskim nam Biegańskim, to jedno, co może przywrócić lekarzowi jego dawne stanowisko w społeczeństwie.

Podaję w tem krótkiem streszczeniu tylko myśl przewodnią odczytu szanownego prelegenta; doskonałe rozwinięcie tej tezy znajdą koledzy w przepięknej i pełnej głębokich myśli pracy prof. Wł. Szenajcha: *„Przysięga i przykazania Hipokratesowe"*.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

W Warszawie zostali mianowani:

Dr. Juljan Śląski, dyrektorem Zakładu położniczego św. Elżbiety.

Dr. Władysław Janczewski, dyrektorem Zakładu położniczego im. ks. Anny Mazowieckiej.

Dr. Stanisław Zaborowski, dyrektorem Zakładu położniczego św. Zofji.

Dr. Kazimierz Wisłocki, dyrektorem szpitala św Rocha.

Zmarli.

Dr. Jakób Puterman, długoletni wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego w Sosnowcu.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dniu 4 stycznia b. r. został wybrany Zarząd w następującym składzie: Prezes — Dr. B. Frenkiel, Wiceprezesi — Dr. S. Minc i Dr. H. Rueger, Sekretarze — Dr. A. Tenenbaum i Dr. B. Czaplicki, Skarbnik — Dr. T. Mogilnicki, Bibljotekarze — Dr. Z. Prechner i Dr. M. Kocen. — Równocześnie ukonstytuował się Miejscowy Komitet Redakcyjny P. G. L.: Dr. Dr. Tadeusz Mogilnicki (przewodniczący), Bronisław Frenkiel, Kazimierz Ściesiński, A. S. Tennenbaum.

Dnia 9. b. m. odbyło się doroczne Walne Zgromadzenie Stowarzyszenia Lekarzy Bielska, Białej i okolicy. Stowarzyszenie istnieje już od 35 lat i liczy obecnie przeszło 60 członków. W roku 1932 wygłoszono 5 odczytów naukowych, a to: Kol. Baum: O znaczeniu stężenia jonów wodorowych. Kol. Brückner Stanisław: O pneumatozie. Kol. Gross Otton: Pokazy rentgenologiczne. Kol. Spitzer Ignacy: O wyrwaniu nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc. Kol. Tiefenbrunn: O elektrokardjogramie.

Zwiedzono nowo wybudowany gmach miejskiej poradni przeciwgruźliczej. Odbyto poza tem kilka posiedzeń w sprawach gospodarczych; sąd honorowy wydał orzeczenia w czterech przypadkach. Walne Zgromadzenie wyasygnowało większe sumy na cele społeczne dla uczczenia pamięci Zmarłych: Kol. ś. p. Sroczyńskiego i ś. p. Wojtyły. Wybrano nowy Zarząd w osobach: Kol. Kol. Bauma, Wałacha, Tiefenbrunna i Obständera.

Na walnem zebraniu, odbytem dnia 11. I. b. r., Krakowskie Tow. Lekarskie obrało Zarząd na rok 1933 w następującym składzie: Prezes: Doc. Dr. Józef Szymanowicz. Wiceprezes: Dr. Maks Blasberg. Sekretarz doroczny: Dr. Schwarz. Sekretarz stały: Prof. Dr. M. Gieszczykiewicz. Skarbnik: Dr. Ackermann. Bibljotekarz: Dr. Spira. Gospodarz: Dr. Karasiński. — Dwaj przewodniczący Miejscowego Komitetu Redakcyjnego P. G. L.: Prof. Dr. Ciechanowski i Prof. Dr. Kostrzewski. — Komisja kontrolująca: Dr. T. Piotrowski i Dr. B. Wojciechowski. — 2 delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lek. pol. b. Galicji: Prof. Dr. J. Lenartowicz, Prof. Dr. Szumowski. — Delegaci na Walne Zgromadzenie lek. pol. b. Galicji: 1) Doc. Dr. Artwiński, 2) Dr. Blasberg, 3) Prof. Dr. Ciechanowski, 4) Dr. Frommer, 5) Dr. Glasner, 6) Prof. Dr. Glatzel, 7) Prof. Dr. Latkowski, 8) Prof. Dr. Olbrycht, 9) Dr. Owsiński, 10) Dr. Surzycki. — Delegat Krak. Tow. lek. do Komisji rewiz. Tow. lek. pol. b. Galicji: Dr. Owsiński.

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 17 stycznia 1933 r. 1) Pelczar K.: O roli niektórych fosfatydów w ustroju. 2) Grott J. W. przy współudziale Kowalskiego Fr. i Windygi St.: Rola czynników „centralnych" i „obwodowych" w regulacji cukru we krwi u zdrowych i u chorych na cukrzycę.

LXIII posiedzenie Warszawskiego Koła Radjologów, odbyło się 22. I. b. r. Porządek dzienny: 1) Kukowka W.: Etjologja raka. 2) Rubinrot S.: Zagadnienia rozwoju radjologji współczesnej. 3) Zawadowski W.: a) Doświadczalne potwierdzenie sposobu powstawania cieniów towarzyszących przyżebrowych; b) O nowym dotychczas nieopisanym objawie radjologicznym zmian chorobowych przewodów zębowych. 4) Kryński B.: Pneumocranium (pokaz).

Komunikaty.

Dołączona do niniejszego numeru „Praktyka lekarska", w zwiększonej objętości, zawiera pracę prof. Dr. W. Sieradzkiego p. t. Kodeks karny polski ze stanowiska lekarskiego.

Obszerna praca prof. dra Jana Olbrychta drukowana w Nr. 1—2 P. G. L. p. t.: „Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok" została wydana w formie broszury i ukaże się w najbliższym czasie na półkach księgarskich.

Zmiany organizacyjne po utworzeniu Związku Kas Chorych. W miejsce zlikwidowanych Okręgowych Związków Kas Chorych utworzono oddziały Związku Kas Chorych z siedzibą w Krakowie, we Lwowie i w Poznaniu, oraz przedstawicielstwo w jednej osobie w Wilnie.

Z okręgu b. Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie włączono do Oddziału w Krakowie Kasy Chorych w Krośnie i Rzeszowie, do Związku Kas Chorych w Warszawie Kasę Chorych w Lublinie, natomiast do Oddziału Lwowskiego przyłączono Kasy Chorych Województwa wołyńskiego w Kowlu, Łucku i w Równem, wobec czego kompetencja Oddziału Lwowskiego rozciąga się na następujące Kasy Chorych: Czortków, Drohobycz, Kołomyja, Kowel, Lwów, Łuck, Przemyśl, Rawa Ruska, Równe, Stanisławów, Stryj, Tarnopol, Zamość, Złoczów, razem 14 Kas Chorych.

Wycieczka do Londynu 1933. 13. VII.—31. VII. na III Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów. Pragnąc umożliwić Kolegom i Ich rodzinom zwiedzenie Londynu, jego instytucyj szpitalnych i społecznych, oraz udział w III Międzynarodowym Zjeździe Pedjatrów w dniach 20, 21, 22 lipca 1933 Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego organizuje wycieczkę statkiem Polsko-Brytyjskiego Towarzystwa Okrętowego S. A. W razie zgłoszenia się 50 osób uczestników Zarząd Gł. P. Tow. Pedj. uzyskuje zniżkę na przejazd statkiem i pośredniczy w uzyskaniu tanich mieszkań w Londynie. Koszta drogi z Gdyni do Londynu i zpowrotem wraz z utrzymaniem na statku wyniosą: Klasa I ca Zł. 315.— (£ 10.10.0). Klasa II ca Zł. 255.— (£ 8.10.8). Udział w wycieczce uprawnia do 50% zniżki kolejowej w drodze powrotnej z Gdyni do miejsca zamieszkania. Koszta zamieszkania w czasie Zjazdu od dn. 17 do 27 VII. ca Zł 60.— dla uczestników, którzy zamówią dla siebie mieszkania w pokojach meblowanych uprzednio w Zarządzie Gł. P. Tow. Ped. Koszta utrzymania i zwiedzania będą się wahały od 15 do 20 Zł dziennie, czyli od 150 do 200 Zł za pobyt, w zależności od stopy życiowej. Koszta organizacyjne 15 Zł od osoby. Koszta ogólne wycieczki za 18 dni wyniosą wobec powyższego ca 480 do 590 zł. Paszport zbiorowy załatwia Polsko-Brytyjskie Towarzystwo Okręt. S. A. Program wycieczki: 13 lipca odjazd z Gdyni, 16 lipca przyjazd do Londynu, 17 do 27 lipca pobyt w Londynie, 27 lipca odjazd z Londynu, 31 lipca przyjazd do Gdyni. Zapisy przyjmuje od dnia 1 stycznia 1933 r. Kancelarja Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, ul. Litewska 16, tel. 8-29-43. Należność wpłaca się: zł 150 przy zapisie, zł 150 w miesiąc później, reszta wypadająca z rozrachunku po porozumieniu. W interesie zgłaszających sie leży jak najwcześniejsze zapisanie, ze względu na liczne czynności związane z organizacją wycieczki.

XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Wystawa Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna. Z okazji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się we wrześniu 1933 Wystawa przyrodniczo-lekarska. Dzięki zainteresowaniu okazanemu tej inicjatywie przez władze miasta Poznania sprawą powyższą zajął się Zarząd Targów Poznańskich. Istnieje pełna możność urządzenia Wystawy na skalę dotąd na zjazdach naszych niespotykaną. Będzie się ona mieścić w obszernych i celowo adaptowanych pawilonach Targów Poznańskich. W tych warunkach wystawa zrealizuje należycie główne dezyderaty sfer naukowych. Przewiduje się 4 działy Wystawy: Naukowy, Opieki Społecznej, Higjeny i Sportu oraz Przemysłowy. Organizację działu naukowego Wystawy obejmuje bezpośrednio Komitet Organizacyjny Zjazdu. Do naukowego działu wystawy przyjmuje się następujące eksponaty: a) literatura naukowa Polski Niepodległej. W dziale tym mogą wziąć udział towarzystwa, zakłady i pracownicy naukowi przez złożenie dzieł, broszur i wydawnictw, wydanych w wymienionym czasokresie; b) przyrządy wytworzone w kraju przez zakłady naukowe, z wyłączeniem firm przemysłowych, zarówno stosowane w szkolnictwie jak i doświadczalnictwie naukowem; c) główne objekty wytwórczości naukowej, jak plany, mapy, karty, tablice, fotografje, mulaże, preparaty; d) plany, fotografje, modele etc. nowych gmachów i urządzeń zakładów naukowych; e) ochrona przyrody ze szczególnem uwzględnieniem charakteru regjonalnego, a przedewszystkiem obejmująca ziemie zachodnie. Zgłoszenia udziału w dziale naukowym Wystawy z wymienieniem przedmiotów i określeniem przestrzeni przyjmuje Komitet Wystawy do dn. 1 maja 1933 r. Ubezpieczenie eksponatów należy do wystawcy. Komitet Wystawy dostarcza jedynie stołów i ścianek stoiskowych. Stoiska w dziale naukowym Wystawy są bezpłatne. Rzeczą wystawcy jest złożyć eksponaty w odpowiednich gablotach i t. p. urządzeniach ochronnych.

Przewodniczącym Komisji naukowo-wystawowej i kierownikiem działu lekarskiego jest Dr. Romuald Edward Matuszewski, ul. W. Garbary 40. Sekretarzem: Dr. Mieczysław Luziński, Al. Marcinkowskiego 5.